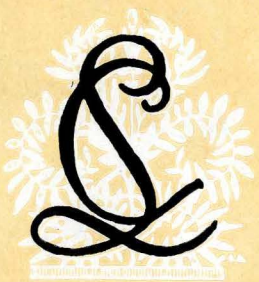
Clínica y Laboratorio

REVISTA ESPAÑOLA
DE CIENCIAS MÉDICAS

Redactada bajo la dirección
del
Dr. Ricardo Horno Liria
y colaboradores



Tomo LXVII *Año XLIV*

ZARAGOZA

MCMLIX

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 394 - TOMO LXVII
ENERO 1959

NEOPLASIAS DE LA PIEL (*)

CÁNCERES CUTÁNEOS

POR EL

DR. CONRADO ZUCKERMANN DUARTE

DIRECTOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

MÉJICO

ALGO DE HISTORIA

INDUDABLEMENTE que uno de los cánceres más antiguamente conocidos es el de la piel, y existen referencias de su existencia y debido aprecio en la época de HIPÓCRATES, de CELSO y de GALENO, quien les llamó en lo general «tumores contra natura» (82).

En Méjico, el conocimiento del cáncer en general y de los cánceres cutáneos en particular es muy antiguo; ya los aztecas lo conocían con el nombre de *qualocatl*, designando al mamario con el nombre de *veiqualocatl*, y al del pene, con el de *tlapalanaltiliztli*, usando para su tratamiento cáusticos de origen vegetal, algunos extraídos de las hojas y del fruto del yoyotli (33, 98).

AMBROSIO PARÉ, en el siglo XVI, dedicó gran espacio a las neoplasias cancerosas en su libro sobre «tumores contra natura» (97).

De cien años a la fecha destacan muchísimos trabajos, debiendo señalar entre los primeros, por su valer científico, los de VIRCHOW, PAGET, PERTHES, DARIER, DUVAL, etc. Para mayores referencias sería apropiado consultar la magnífica síntesis de PUENTE DUANY (68).

Como datos especiales debemos señalar que, en 1843, ADOLFO HANNOVER, médico dinamarqués, propuso por primera vez el nombre de epitelioma para los tumores tegumentarios (82).

KROMPERCHER, en 1903, introdujo los nombres de cánceres basocelulares (*basalzellenkrebs*) y de cánceres de células espinosas (*stachelzellenkrebs*), indicando también la existencia de formas intermedias. Posteriormente, RÍO ORTEGA y ALVAREZ CASCOS dieron el nombre de neoplasmas inocíticos a los que presentan puentes intercelulares o comunicantes; el de oligoinocíticos, a los que los tienen en escasa cantidad, y aninocíticos, a los que no presentan epiteliofibrillas (39).

En Méjico, PALLARÉS (61), en 1925, se refirió con toda claridad al gran valor del índice cariocinético y de la reacción del estroma en los cánceres, especialmente en los cutáneos.

(*) Conferencia en el Curso de «Cancerología Clínica» para médicos, organizado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Año 1958.

En 1806, DUPUYTREN describió por primera vez el cáncer melánico en el humano (14).

La linfogranulomatosis maligna fué descrita por TOMÁS HODGKIN, médico inglés, en 1832 (45).

La micosis fungoide fué deccrita por primera vez en 1835, por ALIBER, dermatólogo francés, que la consideró un padecimiento cutáneo eruptivo, pruriginoso y fungoso (45).

MORIS KAFOSI, en 1872, describió con el nombre de sarcoma cutáneo atípico, múltiple y pigmentado, una enfermedad diseminada especialmente en las extremidades inferiores, caracterizada por tumores con descamación, hiperpigmentación y grave pronóstico (38).

PRELIMINAR

Las neoplasias de la piel ocupan, por su frecuencia, lugar principal, y antes de referirnos a sus diversas categorías, marcaremos que, como es debido, el problema concierne tanto a las neoformaciones epidérmicas (epitelio) como a las dérmicas (conjuntivo, vascular, nervioso ,etc.) y a las formaciones anejas (glándulas, folículos pilosos, etc.).

Seguramente no seremos completos ni detallados en nuestro relato, pues ello obligaría a una gran extensión, y nuestro propósito es sólo marcar los datos primordiales que al clínico conviene tener presentes.

Es de señalarse que la bibliografía mejicana es numerosa (6, 7, 11, 18, 27, 41, 46, 48, 52, 54, 58, 61, 62, 85, 87, 100, 104, 105) y que varios libros (23, 24, 28, 38, 65) y amplios capítulos en otros (2, 9, 15, 29, 35, 37, 49, 55, 63, 80, 94, 99) se ocupan del tema.

La división fundamental es la que los separa en dos clases bien distintas: las neoplasias *benignas* y las *malignas*.. No negamos, sino afirmamos, adelantándonos a conceptos posteriores, que existen tal vez formas de paso y que la afirmación de su naturaleza es un hecho histomicroscópico.

NEOPLASIAS BENIGNAS

Se dividen en dos categorías: las *sólidas* y las *quísticas*, pudiendo, sin embargo, encontrarse neoplasias que, aunque macroscópicamente son de consistencia sólida, al examen se demuestra que contienen algunas cavidades o quistes.

Los tumores quísticos se refieren a los *quistes sebáceos* y a los *quistes dermoides*.

En relación con los quistes sebáceos, existen los *adenomas sebáceos*, en los cuales la hipertrofia glandular es bien marcada y se asocia, por lo tanto, el crecimiento epitelioglandular con la acumulación sebácea. Estos adenomas sebáceos pueden presentarse en forma múltiple, tanto en el cuero cabelludo como en la piel de la nariz, pudiendo constituirse en ella lo que se conoce con el nombre de *rinofima* (78, 90, 99).

Los *quistes dermoides* cutáneos se observarían, sobre todo, en el cuello, en la parte lateral de la cara y en la región sacrocoxígea; pero pueden presentarse en otras localizaciones.

En los tumores sólidos debemos mencionar primeramente la *verruga* común múltiple (papiloma infeccioso), cuyo origen se relaciona con virus y que se considera como un padecimiento transmisible, sobre todo por frotación.

Además, otros *papilomas* cutáneos no contagiosos, únicos o varios, en los cuales se ha considerado existe en ocasiones alguna tendencia familiar.

Los *condilomas* serían aglomeraciones papilomatosas de carácter infeccioso o irritativo, frecuentemente en topografía anogenital.

A propósito de padecimientos cutáneos tumorales contagiosos, debemos mencionar el gran *fibroma pediculado* denominado «molluscum contagiosum», precisamente por su transmisibilidad, y que puede presentarse tanto en la zona genital como fuera de ella.

Además de los anteriores, debemos señalar la existencia de otros tipos de tumores epiteliales benignos de la piel, que pueden desarrollarse tanto de la capa basal como de la capa espinosa, e incluso de las formaciones anejas a la piel. Nos referimos a los pequeños tumores epiteliales pavimentosos y a los adenomas de las glándulas sebáceas ya mencionados, de las glándulas sudoríparas y de los folículos pilosos.

Alguno de los tumores espinocelulares benignos han recibido el nombre de *acantomas* o queratoacantomas, precisamente por la existencia de fibrillas intercelulares (74, 75).

Entre las variedades de tumores epiteliales se mencionan los llamados *cilindromas*, en los cuales los cordones celulares epiteliales están colocados en medio de un estroma hialino e incluso con sustancia mucoide. Pueden ser múltiples, de la cara, del cuero cabelludo y de otras porciones tegumentarias (67, 89).

En relación con estos tumores, o independientemente de ellos, se mencionan en la piel neoplasias musculares lisas desarrolladas a favor de las células mioepiteliales de las glándulas sudoríparas, de los músculos erectores del pelo y de los músculos de las paredes vasculares. Entre estas formaciones se mencionan el llamado dermomioma múltiple de BESNIER, que es bastante raro, y además los miomas cutáneos únicos (42, 76, 77).

En relación con los tumores fibrosocutáneos, éstos pueden presentarse en múltiples localizaciones y hacerlo solos, asociados con tejido grasoso (fibrolipomas) y sobre todo constituirse verdaderos fibromas neurales o fibroneuromas en los cuales el elemento principal es precisamente el nervioso; a ello se relaciona la neurofibromatosis de RECKLINGHAUSEN (24). Además, los raros casos de schwannoma (neurilemoma) del tegumento (105).

De los tumores vasculares cutáneos, el más importante es el angioma, que puede observarse desde el momento del nacimiento o muy posterior a él, y que puede ser tanto plano o simple como saliente, de gran desarrollo en espesor, tuberoso, cavernoso, etc. (5, 27).

Debemos ahora mencionar otras formaciones que algunos no consideran como verdaderas neoplasias, pero que están muy cercanas a ellas; nos referimos a los callos, queloides y nevus. Los callos están constituídos por hiperplasia de las capas epidérmicas córneas, y su existencia, determinada muchas veces por presiones o traumatismos repetidos. Los queloides, cuya formación se inicia a partir de herida quirúrgica o accidental, están constituídos por hiperplasia conjuntivofibrosa. Los nevus pueden ser tanto constituídos por acumulación de células melánicas en área cutánea, como por acumulación y gran desarrollo en esa zona de vasos sanguíneos, y así se habla de dos tipos fundamentales de nevus: el vascular (mancha vascular, mancha de vino) y el melánico (mancha pigmentada).

ALLAN MOORE (2) considera que el término «nevus» no debe usarse más que para los pigmentarios y no emplearse en caso de formación vascular, angioide.

En cambio, GAY PRIETO (35) afirma que el nombre nevus debe aplicarse a las alteraciones cutáneas más diversas, señalando entre otros los nevus pigmentarios, los pilosos, los vasculares, los lipomatosos, etc.

Para terminar el capítulo de las neoplasias benignas de la piel, debemos mencionar a un padecimiento que ya no es en realidad benigno; nos referimos a la enfermedad de Bowen (40, 81), que es cáncer «in situ» epitelial cutáneo, y cuya identificación se realiza exclusivamente por el examen histológico, pues señalar su existencia sólo por los datos clínicos constituye grave error.

Por último nos referiremos al tumor glómico (angioneuromioma o tumor glomoso), que es fundamentalmente hemangioendoteliomioma y que se presenta, sobre todo, en las extremidades, es decir, en la punta de los dedos, y que, como veremos posteriormente, debe diferenciarse del melanoma subungueal. Excepcionalmente, el tumor glómico llega a cancerizarse y es, por lo tanto, una neoplasia benigna.

Cánceres cutáneos

Los cánceres de la piel se dividen en dos formas principales: los *primitivos*, que son los más frecuentes, y los *secundarios*, que son raros. Nos referiremos primeramente a estos últimos.

El *cáncer secundario* de la piel puede estar originado en blastoma de vecindad y así acontece en los cánceres de los órganos cercanos a la piel, en los mamarios y en algunos otros que en su evolución llegan hasta el plano cutáneo. Se señala incluso la posibilidad de que el cáncer de la piel secundario esté determinado por injerto operatorio.

Además de los ya señalados, tenemos los cánceres epiteliales de la piel secundarios que pueden observarse en los blastomas de los más divrsos orígenes: renal, ovárico, tiroideo, pulmonar, del colon, etc. Tampoco debemos olvidar que los cánceres melánicos, sean o no de origen cutáneo, con frecuencia dan metástasis a la piel.

Por último nos referiremos a las formas dermoepidérmicas de la enfermedad de Hodgkin, a las localizaciones cutáneas cancerosas de las leucemias y a las mismas localizaciones observadas en los linfoblastomas y aun en los cánceres retiuculares linfoideos. En ocasiones puede ser realmente difícil la diferenciación clínica y aun histológica de las lesiones tumorales en la piel, en caso de linfoblastoma, Hodgkin, leucemia o de otros tipos de cánceres cutáneos; nos referimos especialmente a la micosis fungoide y al llamado sarcoma de Kaposi (11, 13, 19, 37, 38, 45, 86).

Los *cánceres primitivos* de la piel se dividen, por su constitución histológica, en *epiteliales, conjuntivos, linfoideos, vasculares, melánicos* y aun otros. Posteriormente nos referiremos, en capítulos especiales, al *epitelial*, al *melánico* y, en seguida, a algunas variedades relacionadas con el *conjuntivo*.

Lesiones premonitorias

Antes de estudiar lo que se refiere a los cánceres cutáneos propiamente dichos, especialmente al epitelial, debemos señalar que en la piel existen alteraciones que han sido consideradas como premonitorias o favorecedoras de la posterior cancerización. A este respecto debemos recordar lo afirmado justamente por Araújo (6), de que las neoplasias benignas son con frecuencia el lecho para el desarrollo de un futuro cáncer.

Recordaremos igualmente que la enfermedad de Bowen no debe ser considerada como lesión precancerosa ni premonitoria, sino como un cáncer «in situ» y, por lo tanto, con individualidad propia y muy posible cancerización invasora posterior.

Entre las lesiones que se señalan como premonitorias de cancerización, debemos mencionar las siguientes: los nevus pigmentados y, en general, las hiperpigmentaciones marcadas; el xeroderma pigmentosum (65), que se caracteriza por pigmentación, telangiectasia, hipertrofia cutánea y ulceración posterior; las cicatrices (especialmente cuando sufren repetidos traumatismos, y las originadas en quemaduras) y los queloides; toda úlcera crónica en la piel e incluso las dermatosis de larga duración, cualquiera que sea su origen y desarrollo. Una de las causas más señaladas es la queratosis, sobre todo las de tipo seborreico y las que se presentan en la senilidad. Además, las dermopatías y las causadas por el sol y por radiaciones de uso terapéutico o diagnóstico (rayos X, etc). Todavía podremos agregar lo que se refiere, en el caso especial de la vulva, a la craurosis.

Factores etiológicos

Nos referiremos especialmente a los cánceres epiteliales de la piel, señalando que es padecimiento de gran morbilidad, pero no de gran mortalidad, y que se calcula que aproximadamente el 20 por ciento de todos los cánceres son precisamente cutáneos.

Los autores no están de acuerdo sobre el sexo en que se presenta más, y mientras algunos lo relacionan sobre todo con el femenino (12), otros afirman su preponderancia en el masculino (26, 47, 80), afirmando que ello se explicaría por la frecuencia con que el hombre está sujeto a los rayos solares, especialmente en personas que se dedican a labores en el campo.

Con respecto a raza, parece notarse mayor predominio en la blanca, señalándose la rareza de cáncer cutáneo facial epitelial en los negros (3, 12). Las radiaciones, cualquiera que sea su origen; el calor excesivo y, sobre todo, el asoleo frecuente y exagerado, han sido casi universalmente considerados como unas de las muy probables causas del cáncer cutáneo; en menor proporción se anota lo referente a los traumatismos repetidos, y, en cambio, el traumatismo único es muy poco señalado (88). Además de lo anterior, debemos señalar que el cáncer de la piel, sobre todo el epitelial, es propio de las personas adultas y ancianas, y que se señala mucho la posibilidad de que en su aparición intervenga en algunos casos lo referente a las causas atmosféricas, a los gases derivados de la combustión de motores y lo referente al uso de los alquitranes, derivados del petróleo y frotación con hollín y su existencia en la atmósfera (84). Además, cánceres en relación con uso de arsenicales y trabajos en industrias que emplean cromatos.

Topografía tumoral

Los cánceres epiteliales cutáneos se observan sobre todo en regiones descubiertas, y sería la *cabeza en general*, la *cara* particularmente y el cuello, los sitios en donde se desarrollaría el 75 por ciento de los casos, correspondiendo un 10 por ciento a las extremidades, un 8 por ciento al tronco, el 4 al pene, el 2 a la vulva y el 1 al ano; estas cifras sólo las marcamos como promedios.

De los *cánceres de la cara*, los más frecuentes serían los nasales, en las mejillas y, en seguida, los de los labios, frente y orejas, marcándose que precisamente en las orejas sería excepcional el cáncer en la mujer, porque el pelo las protege de las radiaciones solares.

Los cánceres conjuntivos pueden presentarse en realidad en cualquier parte del tegumento, pudiendo ser únicos o múltiples.

Los cánceres melánicos igualmente se presentan en las más diversas topografías, señalándose su frecuente relación con nevus pigmentarios. Como forma especial se anota el melanoblastoma subungueal.

Habitualmente, por lo menos en su principio el llamado «sarcoma» de Kaposi, se presenta en las extremidades, sobre todo inferiores.

Es de señalarse que los cánceres de la vulva, pene, ano y los bucolabiales se describen separadamente del cáncer cutáneo epitelial en la mayoría de los libros y trabajos sobre el tema.

Cánceres epiteliales

Los cánceres epiteliales de la piel clásicamente se consideran divididos en tres categorías fundamentales: los basocelulares, los espinocelulares o epidermoides y los mixtos e intermediarios. Además, lo referente a los cánceres de las glándulas anejas a la piel y los tricocánceres, es decir, los originados en los polículos pilosos (69, 70, 71, 72, 73).

Desde hace muchos años al cáncer epitelial *basocelular* de la piel, especialmente de la cara, se le ha denominado en su forma abierta *ulcus rodens* (93, 104), describiéndose además las formas cerradas, las eczematosas a las cuales algunos relacionan la enfermedad de Paget, las eritematosas, las pigmentadas, las telangiectásicas, las serpinginosas y las terebrantes, considerándose que la ulceración es un hecho frecuente, pudiéramos decir habitual de esta variedad de cáncer.

El otro tipo de cáncer que igualmente se ulcera con frecuencia es el *espinocelular* o *epidermoide*, denominado desde hace muchos años con el nombre de *cancroide*, que puede ser cerrado, papilomatoso, queratinizado en forma de cuerno cutáneo, y ulcerativo.

Precisamente a los cánceres basocelulares se han relacionado mucho los originados en los anexos de la piel, es decir, en los folículos pilosos y en las glándulas sebáceas y sudoríparas, sin negar, sin embargo, que algunas de estas neoplasias, sobre todo las sebáceas y las de los folículos pilosos, pueden presentar imágenes muy semejantes a las correspondientes a los espinocelulares, basocelulares e intermediarios o mixtos, lo que ha dado origen a discusiones entre los autores y conviene señalar que, a pesar de los grandes adelantos existentes en lo que se refiere al estudio histológico de las neoplasias, especialmente en los métodos de teñido, todavía persisten las diferencias de criterio en la interpretación de las imágenes, y a este respecto, y refiriéndonos exclusivamente a los cánceres epiteliales cutáneos, los basocelulares serían aquellos en que no existen fibrillas intercelulares y en que generalmente la disposición sería cordonal o parecida a ella, cilíndrica o irregular; los espinocelulares, los que presentarían epiteliofibrillas y se dispondrían, sobre todo, en capas estratificadas, en globos también de capas sucesivas y en los cuales existiría con frecuencia queratinización. Los mixtos o intermediarios tendrían aspecto variable, semejante tanto a los basocelulares como a los espinosos, variando en ellos, en más o en menos, la cantidad de fibrillas intercelulares presentes.

Guilera (39) afirma, con cierta razón, que el empleo de los métodos de coloración de epiteliofibrillas permite incorporar al grupo de los cánceres epidermoides, inocíticos u oligoinocíticos, un buen número de cánceres que en la metodología usual pasan por basocelulares (aninocíticos).

Aparte de lo anterior, debemos considerar que la existencia de pigmento melánico y de otras sustancias capaces de dar color a las neoplasias (8, 51, 89) puede hacer variar el aspecto microscópico y aun el macroscópico y conducir a errores que sólo el detallado estudio permite evitar. Es precisamente la melania la que puede causar, por su existencia, grandes dificultades de identificación.

La presencia de hemosiderina derivada de hemoglobina globular extravasada puede igualmente ocasionar alguna duda que histológicamente es fácil de evitar.

Además, se debe considerar lo referente a las reacciones del estroma interepitelial, que puede modificar bastante el aspecto tumoral, según sea escleroso, hialinizado, mixoide, con gran desarrollo vascular o con diversos infiltrados.

Precisamente por todo lo anterior pedimos al anatomopatólogo, más que el nombre apropiado para el tumor, realice descripción de lo que observe y nos dé a conocer su autorizado dictamen al respecto.

Señalaremos que se ha discutido mucho sobre la localización de los cánceres en la cara, señalándose como hecho general, pero con muchas excepciones, que los espinocelulares se observarían sobre todo en la frente, en el pabellón auricular y en la región zigomática, y que los basocelulares lo harían principalmente en la región malar, en el dorso de la nariz y en los párpados, sobre todo en el inferior (31, 34, 99).

El carácter clínico de mayor valor pronóstico que diferenciaría a los dos tipos fundamentales señalados, es que el cáncer espinocelular o epidermoide daría metástasis más tempranamente y con mayor frecuencia que el basocelular; pero a este respecto también existen muchas excepciones, y lo mejor es cerciorarse por examen directo clínico, y por biopsia, de la existencia o ausencia de las metástasis ganglionares.

La enfermedad de Paget es un cáncer de evolución cutánea que puede presentarse tanto en su localización mamaria (areolar) como en sitios extramamarios, considerándose que uno de los hechos que permite alguna identificación es la existencia de las llamadas células de Darier-Paget, con grandes vacuolas y núcleo bien teñido, por lo que han recibido el nombre de «células en ojo de pájaro» (28, 49, 65, 66).

Con respecto al predominio en número del cáncer epitelial espinocelular o del basocelular, en realidad ambos pueden considerarse como igualmente frecuentes, colocándose posteriormente a ellos lo referente a los cánceres de los anexos sebáceos, sudoríparos y del folículo piloso.

Cánceres melánicos

Dadas las discusiones existentes entre los autores (3, 10, 14, 29, 49, 100) sobre el origen de las células de los cánceres melánicos, lo mejor es considerarlas en categoría especial, bien aparte no solamente desde el punto de vista clínico, sino desde el histológico y también no utilizar aquellas denominaciones en las que se liga la existencia del proceso con lo conjuntivo o lo epitelial y sólo hablar, por lo tanto, de melanoblastomas o de melanomas malignos. Este tumor puede observarse en la piel en las más diversas localizaciones y afirmarse que ninguna parte de nuestra superficie está protegida contra su presencia; pero donde se le observa más es en aquellos en donde ha existido previamente alguna mancha melánica, alguna acumulación pigmentaria.

Aparte de los cánceres melánicos de la piel, se sabe que existe este blastoma en el ojo, sobre todo en la coroides, en las mninges y en otras localizaciones; es, sin embargo, el cáncer melánico cutáneo el más frecuentemente observado.

El clínico debe habituarse a apreciar con detalle su aspecto, pues no debe olvidarse que se preconiza en este cáncer el no realizar directa e intencionalmente biopsia alguna y que es el conjunto de datos de neoformación de color negro, de progresivo y aun rápido crecimiento, lo que debe hacernos pensar inmediatamente que estamos en presencia de cáncer melánico y buscarse, desde luego, la existencia de otras localizaciones y, sobre todo, de mtástasis ganglionares.

El cáncer melánico, como otros cánceres, evoluciona en tres etapas: la local, la regional y la general, y es en la primera, y a veces en la segunda, cuando la posibilidad de tratamiento de finalidad radical es posible y el único momento en que el diagnóstico puede ser de alguna utilidad. En la fase de generalización, el médico sólo actúa como observador. El hecho de que una persona haya presentado lunar, zona pigmentada o tumor de color oscuro y que dicha formación creciera en forma indudable en las últimas semanas o meses, debe hacer pensar inmediatamente al clínico en la muy posible existencia de cáncer melánico. Lo anterior no resuelve siempre dificultades que pueden existir para hacer afirmación diagnóstica, sobre todo si se piensa en la *prohibición* ya señalada de la *biopsia directa*. Decimos directa porque precisamente lo que se preconiza es no hacer maniobra alguna sobre el tumor, ninguna toma en que se seccione precisamente la neoplasia o en que se cauterice sobre ella, pudiendo efectuarse una escisión total de la lesión fuera del sitio tumoral y con margen suficiente, y analizar entonces histológicamente la neoformación.

Uno de los diagnósticos clínicos y aun histológicos que se plantean en el caso del cáncer melánico es su diferenciación del tumor epitelial benigno y, sobre todo, del maligno pigmentado (8, 43, 51), y para ello, después de los hechos clínicos que caracterizan al tumor epitelial pigmentado (color oscuro más o menos marcado, lento crecimiento y aun larga persistencia, forma papilomatosa y aun de cuerno cutáneo), se deben tener muy en cuenta los hechos histológicos que muestran la estructura de neoplasia casi siempre basocelular y a veces epidermoide, con ausencia de marcadas atipias y de monstruosidades. Puede, sin embargo, a veces ser extraordinariamente difícil la diferenciación microscópica. HUGUENIN, VERMES y BERNARD (43) muestran microfotografía de cáncer melánico con aspecto malpigiano.

Los cánceres melánicos verdaderos se caracterizn precisamente por no presentar la disposición propia de los basocelulares y, menos todavía, la de los espinocelulares, y tener células con las marcadas monstruosidades y muy ricas en pigmento melánico, pudiendo usarse la doparreacción para identificar la oxidasa necesaria para la formación de melanina propia de estas células melanoblásticas.

Además de lo histológico, puede en ocasiones surgir, desde el punto de vista clínico, la diferenciación entre el tumor melánico y los angiomas (51) y aun los llamados tumores histiocitarios que puedan tener hemosiderina; histológicamente, la diferenciación es muy evidente.

Los cánceres melánicos presentan, con frecuencia mayor que otros blastomas, metástasis, tanto cutáneas como pulmonares, hepáticas, cerebrales, hasta llegar a la llamada cancerosis melánica generalizada (21, 48, 53, 100).

Un tipo especial de cáncer melánico que no debe olvidarse es el *subungueal*, que, aunque raro, se presenta en ocasiones en el dedo grueso del pie o en el pulgar de la mano, planteando muy difíciles problemas. Su diagnóstico debe realizarse con el panadizo, diversos granulomas, micosis, hematomas, exóstosis y fibromas subungueales, gangrena y, sobre todo, con el *tumor glómico* (glomoangioma), que se caracteriza por sus marcados dolores (1, 28, 65). Desde el punto de vista histológico, la diferenciación, generalmente, es evidente. Es de señalarse que se ha considerado (64) algo parecido los nevus atávicos a los tumores organoides, entre ellos el tumor glómico citado, que sería una «hamartomatosis».

A propósito del pronóstico de los cánceres melánicos, es clásico y fundado considerar a todos ellos como muy malignos; sin embargo, parece que lo son algo menos en la infancia (12), en el postparto (4, 17), al contrario de lo que pudiera pensarse, y que la localización subungueal antes mencionada no es la más grave.

FORMAS ESPECIALES

Antes de referirnos a la micosis fungoide, la enfermedad de Kaposi y los sarcoides, señalaremos que algunos (18) juntan con el nombre de sarcomas tumores muy disímbolos: fibrosos, vasculares, mixoides, musculares, nerviosos, linfoides, etc.

Los verdaderos *cánceres conjuntivos* cutáneos son dérmicos y se caracterizan por ser únicos o múltiples, y se describen formas especiales en la piel del abdomen (32).

En el caso de los *cánceres linfoides*, además de las localizaciones cutáneas secundarias, se mencionan blastomas de esa naturaleza nacidos precisamente en la dermis (11, 18).

La *micosis fungoide* actualmente se piensa es una retículoendoteliosis dérmica, es decir, un padecimiento histiocítico, vascular, subepidérmico, cuya naturaleza cancerosa no siempre es aceptada por todos los autores y que se presenta sobre todo en las extremidades, pero puede hacerlo en cualquiera otra parte de la superficie cutánea. Su evolución es crónica y pueden llegarse a ulcerar los tumores (13, 45).

La *enfermedad de Kaposi* se ha prestado a las más intensas discusiones y se considera que sus lesiones se caracterizan por existir en ellas gran desarrollo vascular, proliferación endoteliovascular, infiltración linfocítica y nódulos de células histiocitarias con figuras mitósicas. Se presentaría el padecimiento especialmente en el hombre adulto, en las extremidades, sobre todo en las inferiores, siendo la ulceración tardía y el crecimiento linfoideo ganglionar no frecuente (19, 86). Considerado primeramente como un padecimiento canceroso, actualmente se tiende a pensar que es más bien retículoendoteliosis angiógena y que incluso puede ceder al uso de antibióticos, preconizándose por algunos, sobre todo, la penicilina (38).

En lo que respecta a los *sarcoides*, la localización cutánea es la que sigue en frecuencia a la ganglionar linfática (106). En la piel, las lesiones de la sarcoides se pueden observan tanto en la capa epitelial como en la dermis y aun en el conjuntivo subcutáneo. Se presentan, sobre todo, en la cara, cuello, tronco y en las superficies de extensión de las extremidades. Su aspecto es de nódulos o placas de consistencia más o menos dura, de tamaño habitualmente pequeño o mediano, pudiendo estar modificado el color de la piel, siendo éste amarillo, rojo, gris o aun morado, apareciendo a veces tardíamente ulceración.

Se ha señalado que el sarcoide cutáneo puede presentarse bajo la forma nodular (pequeña o mayor), lúpica, de placas, de infiltración y raramente de lesiones que llegan a ulcerarse (9).

Histológicamente, la lesión característica del tumor sarcoide es el nódulo constituído por células epitelioides, es decir, histiocitos modificados y células gigantes con ausencia de caseificación y presencia en el protoplasma de las células gigantes de cuerpos llamados asteroides de Wolback y de otros denominados masas concéntricas de Schaumann, que, aunque no serían patognomónicas del padecimiento, los autores las señalan como más frecuentes en las lesiones sarcoideas.

Igualmente se ha señalado en estos tumores la presencia de linfocitos, de alteraciones vásculocapilares y de modificaciones del estroma tales como esclerosis, hialinización y muy raramente necrosis.

DIAGNÓSTICO Y BIOPSIA

Toda lesión cutánea de duración mayor de varias semanas, que crece o que se ulcera, y sobre todo si es sangrante, debe considerarse como cáncer, mientras no se demuestre lo contrario.

En el cáncer cutáneo, precisamente por su localización externa, el diagnóstico debe procurarse realizarlo en fase temprana y en forma exacta.

Los cánceres cutáneos epiteliales frecuentemente son ulcerados y, a menudo, sangrantes; se sitúan en la cara o en regiones descubiertas; se desarrollan en personas de mayor edad, y en ocasiones se acompañan de hiperqueratosis. Aparte, pueden observarse cánceres epiteliales cerrados y otros de crecimiento externo, que pueden prestarse a confusión, por su tardía ulceración, con los cánceres conjuntivos y linfoides, en los que el proceso de crecimiento es generalmente mayor que el de ulceración.

El cáncer melánico es generalmente de color oscuro, casi negro, de rápido crecimiento; excepcionalmente se acompaña de hiperqueratosis, y con frecuencia existe el antecedente de nevus o de mancha negra que precedió.

Al explorar a los enfermos con tumores de color oscuro, debe tenerse especial cuidado en distinguir el melanoblastoma del cáncer epitelial pigmentado y de los hemangiomas con hemorragia interna, es decir, con formación de hemosiderina.

La especial localización del cáncer melánico en el dedo, es decir, subungueal, también precisa su diferenciación de un gran número de lesiones, entre ellas el tumor glómico, muy doloroso.

La biopsia (toma de fragmento o de todo el tumor y examen histológico) es el procedimiento habitual para obtener certeza diagnóstica; pero debemos recordar que no debe efectuarse como regla en los cánceres melánicos (103). Igualmente en los angiomas no se preconiza la biopsia intratumoral.

El diagnóstico diferencial se plantea con tumoraciones sifilíticas, tuberculosas, micósicas y aun otras, y además del conjunto de datos clínicos es precisamente la toma de un fragmento tisular y su examen al microscopio lo que resuelve el problema.

No debe olvidarse, además, que sobre lesiones anteriormente no cancerosas, sifilíticas, tuberculosas y otras, puede aparecer la cancerización, y así lo hemos visto en algunas observaciones.

Pronóstico

Dada su localización externa y las facilidades para diagnóstico temprano y exacto, el cáncer cutáneo, salvo el melánico, debería ser tratado oportuna y eficazmente. Sin embargo, por tardía consulta o por error terapéutico, puede llegarse a etapas avanzadas, incurables, o en las cuales las muy grandes mutilaciones son el único procedimiento factible. Uno de los métodos que debe proscribirse como regla es el empleo de tópicos y de cáusticos en el tratamiento de los cánceres de la piel, pues generalmente lo único que se logra con ellos es precisamente agravar el pronóstico y retardar el debido tratamiento. Con justicia, Pardo Castello ha dicho que «el tratamiento de los cánceres de la piel por medio de cáusticos o por otros procedimientos medicamentosos debe condenarse enérgicamente» (63).

El pronóstico en los cánceres melánicos es siempre grave; sin embargo, debe apreciarse que no siempre es posible, por el examen histológico del blastoma, señalar el probable porvenir mediano o malo (30). No obstante, si los ganglios están invadidos y la invasión es de todos ellos (los extirpados) y masiva (de todo el ganglio), se considera muy malo el pronóstico (3, 60, 79, 92, 100).

Proxofilaxis

Es de recomendarse:

1) Aseo cutáneo diario, sin frotaciones.

2) Evitar las exposiciones duraderas y muy repetidas a los rayos solares.
3) Evitar el uso prolongado de preparaciones arsenicales.
4) Reducir o evitar el uso prolongado de pomadas a base de estrógenos y de unturas alquitranadas.
5) Evitar traumatismos repetidos en la misma zona cutánea.
6) No traumatizar (cortar, presionar, masajear, rascar, exprimir) cualquiera lesión tumoral cutánea y aun las manchas o excrecencias de naturaleza no determinada.
7) Que los radiólogos se protejan sus manos siempre con los guantes especiales para ello (prevención del cáncer cutáneo de los radiólogos).

Terapéutica

Para señalar la terapéutica en los cánceres cutáneos deben tomarse en cuenta múltiples factores:

1) Categoría histológica de la neoplasia.
2) Topografía y extensión tumoral.
3) Existencia de propagaciones y metástasis ganglionares y otras.
4) Tratamientos anteriores.
5) Edad y estado del paciente (20, 25, 83, 104).

En gran número de blastomas epiteliales cutáneos lo que se realiza con mayor frecuencia es el tratamiento por radiaciones: rádium, rayos X, etc. (56, 57).

En estos cánceres, como en muchos otros, es importante lo referente a la obediencia tumoral a la radioterapia, y desde hace más de treinta años (61) se relaciona la radiosensibilidad de los neoplasmas cutáneos con el índice cariocinético y la reacción del estroma. También se toman en cuenta otros hechos estructurales, como su riqueza en fibrillas intercelulares y, por lo tanto, su pertenencia al grupo basocelular o al espinocelular; también se aprecia lo referente al grado de diferenciación, la existencia de contenido mucoide, su origen glandular (50), etc.

Se afirma que los cánceres poco diferenciados, no glandulares, los basocelulares, con reacción estromática mediana y no necrótica, con índice cariocinético medio o alto, son los más propicios a la radioterapia.

En lo referente a las metástasis, a pesar de los grandes progresos radioterápicos, se sigue preconizando con alguna preferencia la extirpación quirúrgica.

La cirugía es igualmente muy utilizada para quitar el tumor original, señalándose que la extirpación debe hacerse con suficiente borde de seguridad y con suficiente profundidad (espesor de lo extirpado). Puede ser de tres variedades fundamentales: escisión y sutura, escisión e injerto y escisión con disección extirpación ganglionar regional.

En caso de cánceres persistentes después de una o más series de radioterapia, en neoplasias que algunos han llamado «vacunadas» a las radiaciones (87), lo indicado es la cirugía.

Al plantear, en cáncer cutáneo todavía sin metástasis ostensibles, la terapéutica, se debe tener en cuenta el conjunto de datos antes anotados y realizados con la finalidad de buscar sostenida curación.

Sólo en neoplasias benignas epiteliales, papilomatosas y múltiples de la piel parece ser de alguna utilidad la medicación por sales de magnesia.

El uso de la podofilina, la colchicina (91) y otras sustancias de acción anticancerosa, sobre todo local, todavía permanece muy limitado.

En los hemangiomas se preconiza el tratamiento radioterápico o la escisión

quirúrgica (5). La destrucción eléctrica sólo sería aplicable en tumores de pequeño tamaño.

En los queloides, la terapéutica de elección es la radioterapia (36).

En los «sarcomas» de Kaposi se ha preconizado la radioterapia, la cirugía extirpadora y aun la amputación de los miembros (86); pero no debe olvidarse que otros (38) manifiestan buenos resultados con el uso de penicilina y dudan de la naturaleza cancerosa del padecimiento.

En los sarcoides cutáneos, además de la radioterapia, se han recomendado antibióticos (estreptomicina, etc.) y, sobre todo, cortisona.

En la micosis fungoide se han empleado radioterapia, derivados de la mostaza nitrogenada, uretano (44) y ácido paraminobenzoico (95).

Por su real importancia, hemos dejado a lo último el cáncer melánico, en cuya terapéutica debe ponerse muy especial atención.

Volvemos a recordar que en este cáncer, particularmente, el uso de cáusticos químicos, las maniobras eléctricas y otras dentro de la masa tumoral, pueden acelerar la temprana difusión cancerosa (96, 100).

Si no existe aumento de tamaño, ni ulceración del negro tumorcito, se puede hacer escisión local con amplio margen (14, 17, 100).

Si se palpan ganglios, y aunque éstos no se aprecien, y el tumor presenta indudable crecimiento, lo indicado es amplia extirpación con disección exéresis en continuidad de los ganglios de una o más de las regiones linfáticas correspondientes (3, 10, 17, 22, 59, 60, 79, 100). Realizar en un solo bloque y con amplio margen la exéresis, es lo más apropiado, quitando el plano aponeurótico casi siempre.

En los miembros se puede quitar ampliamente el tumor (tanto en extensión como en profundidad) y hacer vaciamiento ganglionar poplíteo, inguinal o epitrocleano y axilar; pero si posteriormente a ello se desarrollan en el miembro nuevas tumoraciones (por crecimiento de células melanocancerosas estacionadas), entonces se impone la desarticulación o amputación.

El tratamiento de elección, sin embargo, en los cánceres melánicos de los miembros, es el sacrificio total del miembro con vaciamiento ganglionar linfático. Previamente, investigar metástasis en otras zonas, especialmente en pulmón.

En las amputaciones y desarticulaciones de los miembros se recomienda, a partir de lo señalado por EWING, que no se utilice lazo hemostático (16, 102), y que como tiempo primero se liguen los vasos principales (101). Lo anterior puede evitar algo la producción de metástasis por vía sanguínea, en relación con las maniobras operatorias.

Cuando ya existen metástasis alejadas, y sobre todo generalización, se considera inútil toda terapéutica; sin embargo, pueden ensayarse entonces diversas quimioterapias generales.

RESUMEN

1. El cáncer de la piel es uno de los blastomas más antiguamente conocidos y se encuentra referencia de su existencia desde las épocas de HIPÓCRATES, CELSO *y* GALENO. *En el Méjico antiguo, su existencia fué apreciada, recibiendo en azteca el nombre de "qualocatl".*

2. En los últimos cien años, los trabajos sobre cáncer de la piel se han multiplicado, precisándose lo referente a sus diversas variedades.

3. Las neoplasias de la piel pueden originarse en la epidermis, en la dermis y en las formaciones anejas (glándulas, folículos pilosos).

4. Las neoplasias de la piel se dividen en dos categorías fundamentales: las "benignas" y las "malignas", pudiendo existir formas de paso, debiendo señalarse que la seguridad de su naturaleza se aprecia por histomicroscopia.

5. Las neoplasias quísticas de la piel se refieren a los quistes sebáceos y a los quistes dermoides.

6. Los tumores sólidos benignos cutáneos están constituídos por los papilomas, condilomas, adenomas, acantomas, cilindromas, fibromas, fibroneuromas, angiomas, leiomiomas, etc.

7. Como formaciones cercanas a las neoplasias cutáneas se describen los callos, los queloides y los nevus.

8. Como variedad especial se debe señalar la existencia del tumor glómico (angioneuromioma), sobre todo de las extremidades, habitualmente muy doloroso.

9. Los cánceres de la piel se dividen en dos clases principales: los primitivos y los secundarios. Los cánceres secundarios pueden estar originados en blastomas de vecindad y en otros de origen visceral, etc.

10. En relación con los cánceres secundarios de la piel, debe señalarse la existencia de formas dermoepidérmicas de la enfermedad de Hodgkin y las localizaciones cutáneas de las leucemias y de los cánceres linfoides.

11. Como lesiones premonitorias de los cánceres se señalan los nevus pigmentarios, xeroderma pigmentosum, las cicatrices y queloides, las úlceras crónicas y las queratosis, además de las dermopatías originadas en radiaciones (sol, rayos X, etc.).

12. Los cánceres cutáneos se calcula que constituyen alrededor del veinte por ciento de todos los cánceres; es decir, que su morbilidad es alta; en cambio, su mortalidad se considera baja.

13. El cáncer de la piel se observa, sobre todo, en personas adultas, en proporción similar en ambos sexos, y posiblemente con mayor frecuencia en las personas sujetas a causas atmosféricas, especialmente rayos solares.

14. Los cánceres epiteliales de la piel se observan sobre todo en las regiones descubiertas, especialmente en la cara. Los cánceres conjuntivos y los melánicos se presentan en las más diversas topografías.

15. Los cánceres epiteliales de la piel se dividen fundamentalmente en basocelulares y en espinocelulares o epidermoides. Los cánceres desarrollados en los folículos pilosos y en los glandulares sebáceos y sudoríparos se relacionan sobre todo a la forma basocelular.

16. La enfermedad de Bowen es cáncer "in situ" de la piel, especialmente de la capa epidermoide. La enfermedad de Paget es cáncer de evolución cutánea, en la que existen las típicas células en "ojo de pájaro".

17. Los cánceres melánicos, frecuentes en su localización cutánea, son precedidos de mancha melánica tipo nevus, en buen número de casos.

18. Los cánceres melánicos se evolucionan en tres etapas: local, regional y general; pero lo hacen a veces con demasiada rapidez.

19. El diagnóstico diferencial entre cáncer melánico y tumor epitelial pigmentado puede ser, en ocasiones, muy difícil, debiendo tomarse en cuenta, para realizarlo, los caracteres de este último tumor (lento crecimiento o larga persistencia, aspecto papilomatoso o de cuerno cutáneo) y los datos histológicos.

20. Los cánceres melánicos presentan con frecuencia metástasis tanto cutáneas como pulmonares, hepáticas, cerebrales, etc.

21. Los cánceres conjuntivos de la piel son dérmicos y pueden ser únicos o múltiples.

22. La micosis fungoide es considerada actualmenete como proceso reticuloendotelial de lenta involución.

23. La enfermedad de Kaposi es alteración proliferación endoteliovascular, conjuntiva y linfocítica, de crónica evolución, y varios niegan su naturaleza cancerosa.

24. Los sarcoides cutáneos son raros y se observan tanto en la capa epidérmica como en la dérmica o en el conjuntivo subcutáneo; su aspecto generalmente es de nódulos.

25. Toda lesión cutánea de duración mayor de varias semanas, que crece o que se ulcera, debe considerarse como probablemente cancerosa mientras no se demuestre lo contrario. La biopsia, toma de fragmento o de todo el tumor y examen histológico, es el procedimiento habitual para obtener certeza diagnóstica.

26. La biopsia no es procedimiento empleado frecuentemente, ni aconsejable, en los cánceres melánicos o en los angiomas.

27. El pronóstico en los cánceres cutáneos debería ser algo favorable si se considera su situación externa y las posibilidades de inmediato diagnóstico.

28. En el cáncer melánico, el pronóstico es siempre grave.

29. Se recomiendan como medidas de alguna acción profiláctica el aseo cutáneo, evitar exposiciones prolongadas y repetidas a los rayos solares, reducir el uso de pomadas estrogénicas, no traumatizar lesiones cutáneas y recomendar la debida protección a los radiólogos.

30. Para señalar terapéutica en los cánceres cutáneos se deberá tener en cuenta: categoría histológica, topografía y extensión tumoral, propagaciones, tratamientos anteriores, edad y estado del paciente.

31. Para el tratamiento de los cánceres de la piel se cuenta fundamentalmente con las radiaciones y la cirugía extirpadora.

32. La cirugía puede ser escisión y sutura, escisión e injerto y escisión con disección extirpación ganglionar regional.

33. En los hemangiomas se preconiza el tratamiento radioterápico o la escisión quirúrgica; la destrucción eléctrica sólo será posible en tumores de pequeño tamaño.

34. En los queloides, la terapéutica de elección es la radioterapia.

35. En los tumores de color negro, en que no hubiera existido aumento de tamaño evidente ni ulceración, se puede realizar amplia escisión local y examen histológico de la neoplasia.

36. Si se piensa en cáncer melánico y en la posibilidad de metástasis a los ganglios, lo indicado es realizar amplia exéresis incluyendo el plano aponeurótico y extirpando todo en un solo bloque con los ganglios linfáticos regionales.

37. En el cáncer cutáneo, por su situación externa y por las facilidades existentes en la mayoría de los casos para realizar exacto y oportuno diagnósitco, la terapéutica, sea quirúrgica o radiológica, debe tener finalidad curativa y ser completa.

BIBLIOGRAFIA

1. Adair, F. E.; Pack, G. T., et Nicholson, Mary E.—«Melanomes sous-unguéaux et leur diagnostic differenciel». *Bulletin de l'Association Française pour l'Etude du Cancer*, t. XIX, n.º 7, págs. 549-566, julio 1930. París (Francia).
2. Allan Moore, R.—«Anatomía Patológica» (traducción). *La Prensa Médica Mexicana*, págs. 1.071-1.078. Méjico, 1950.
3. Allen, A. C., and Spitz, S.—«Malignant melanoma». *Cáncer*, vol. 6, n.º 1, págs. 1-45, enero 1953. Filadelfia (U. S. A.).
4. Allen, E. P.—«Malignant melanoma. Spontaneous regression after pregnancy». *British Medical Journal*, número 4.947, pág. 1.067, 29 octubre 1955. Londres (Inglaterra).
5. Andrews, G. C.; Domonkos, A. N.; Torres-Rodríguez, V. M., y Bembenista, J. K.—«Tratamiento de los hemangiomas». *América Clínica*, vol. XXXII, n.º 5, págs. 294-296, mayo 1958. New York (U. S. A.)
6. Araújo, G. J.—«Tratamiento de los neoplasmas cutáneos por medio de las radiaciones». *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*, año VI, n.º 11, págs. 583-593, noviembre 1938. Méjico, D. F.
7. Arroyo, J.—«Un caso de epitelioma pavimentoso melánico». *Medicina*, t. XI, n.º 158, págs. 849-854, 25 octubre 1931. Méjico.
8. Auger, C.—«Tumeurs cutanée pigmentées non neviques». *Laval Médical*, vol. 9, n.º 6, págs. 397-411, junio de 1944. Quebec (Canadá).
9. Bariety, M., et Poulet, J.—«La sarcoidose de Besnier-Boeck-Schaumann», págs. 10-14. Editions Medicales Flammarion, París (Francia), 1958.
10. Barret Brown, J.. and Byars, L. T.—«Malignant melanomas». *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 71, n.º 4, págs. 409-415, octubre 1940. Chicago (Illinois, U. S. A.).
11. Benítez Soto, L.—«Cáncer linfoide cutáneomucoso generalizado». *Cirugía y Cirujanos*, año XVI, n.º 5, páginas 193-205, mayo 1948. Méjico.
12. Benson Cannon, A.—«Skin tumors». *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 23, n.º 3, páginas 163-172, marzo 1947. N. Yerk (U. S. A.).
13. Berger, L., et Vallee, A.—«Le mycosis fongoide. Une reticulo-endotheliose de la peau». *La Presse Médicale*, número 11, págs. 177-179, 5 febrero 1930. París (Francia).
14. Bickel, W. H.; Meyerding, H. W., and Broders, A. C.—«Melanoepithelioma (melanosarcoma, melanocarcinoma, malignant melanoma) of the extremities». *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 76, n.º 5, páginas 750-576, mayo 1943. Chicago (Illinois, U. S. A.).
15. Blair, V. P.; Moore, S., and Byars, L. T.—«Cancer of the face und mouth», págs. 32-94. C. V. Mosby C.º, S. Luis (U. S. A.), 1941.
16. Bracco, J. A.; D'Albo, E. A., y Polak, M.—«Epitelioma melánico de la planta del pie, desarrollado sobre un nevus plano». *Revista de Medicina. Cancerología*. Año XVII, n.º 162, págs. 1-7. Rosario (Argentina), 1943.
17. Cade, S.—«Malignant melanoma». *British Medical ournal*, n.º 5.011, págs. 119-124, 19 enero 1957. Londres (Inglaterra).
18. Casares Rendon, G.—«Un caso de linfosarcoma de probable punto de partida cutáneo». *Archivos Cubanos de Cancerología*, vol. 8, n.º 1-3, págs. 32-36, enero-marzo 1949. La Habana (Cuba).
19. Chirinos, M. J.—«Sarcoma idiopático múltiple hemorrágico y pigmentado o enfermedad de Kaposi». *Anales de la Facultad de Medicina*, t. XXXV, n.º 1, págs. 253-259, primer trimestre de 1952. Lima (Perú).
20. Cholmody, T. de.—«Cancer of the face». *Anals of Surgery*, vol. 122, n.º 1, págs. 88-101, julio 1945. Filadelfia (U. S. A.).
21. Cisneros, A.—«Metástasis hepáticas y ganglionares de un epitelioma naévico melánico de la pared abdominal». *Revista Médico-Quirúrgica de Patología Femenina*, año III, n.º 33, págs. 28-32, julio 1935. Buenos Aires (Argentina).
22. Conde, J.—«Táctica para o tratamento cirúrgico do melanoma da face». *Arquivo de Patología*, vol. XXV, número 2, págs. 126-151, agosto 1953. Lisboa (Portugal).
23. Conway, H.—«Tumors of the skin». Charles C. Thomas, Springfield (Illinois, U. S. A.), 1956.
24. Crowe, F. W.; Schull, W. J., and Nell, J. V.—«A clinical, pathological and genetic study of multiple neurofibromatosis». Charles C. Thomas, Springfield (Illinois, U. S. A.), 1956.
25. Di Rienzo, S.—«Selección del medio terapéutico en el tratamiento del carcinoma cutáneo». *Revista Médica de Córdoba*, vol. 35, n.º 10, págs. 529-536, octubre 1947. Córdoba (Argentina).
26. Domínguez, A. G.—«Estadística de los casos de cáncer de la piel tratados en mi servicio del Instituto del Cáncer desde el año 1929 hasta el año 1941». *Boletín* de la Liga contra el Cáncer, vol. XVII, n.º 10, págs. 310-314, octubre 1942. La Habana (Cuba).
27. Dubon, A. A.—«El problema de los angiomas en los niños». *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*, año XIV, n.º 9, págs. 269-273, septiembre 1946. Méjico.

28. Eller J. J., and Eller, W. D.—«Tumors of the skin benign and malignant». Lea & Febiger, Filadelfia (Penn., U. S. A.), 1951.
29. Evans, R. W.—«Histological appearances of tumours», págs. 218-240 y 265-315. Livinstone Ltd., Edimburgo (Escocia), 1956.
30. Fanger, H., and Roberts, W. F.—«Malignant melanoma». *The New England Journal of Medicine*, vol. 246, n.º 21, págs. 813-815, 22 mayo 1952. Boston (Mas., U. S. A.).
31. Ferrer, O.—«Tumores de los párpados». *Archivos Cubanos de Cancerología*, vol. 7, núms. 10-11-12, páginas 355-385, octubre-diciembre 1948. La Habana (Cuba).
32. Figueras, H.—«Fibrosarcoma cutáneo recidivante y metástasis». *Boletín* de la Liga contra el Cáncer, vol. XVII, número 10, págs. 289-297, octubre 1942. La Habana (Cuba).
33. Flores, F. A.—«Historia de la Medicina en México», págs. 88-89. Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, Méjico, 1886.
34. Garciga, C. E.—«Tumores malignos de los párpados». *Archivos Cubanos de Cancerología*, vol. 14, números 10-11-12, págs. 463-480, octubre-diciembre 1955. La Habana (Cuba).
35. Gay Prieto, J.—«Dermatología y Venereología», 2.ª edición, t. I, págs. 550-594. Editorial Científico Médica, Barcelona (España), 1946.
36. Giudice, V. del.—«Tratamiento radioterápico de los queloides». *Revista de Medicina. Cancerología*. Año XIII, número 127, págs. 1-6. Rosario (Argentina), 1939.
37. Godwin Downing, J.—«The cutaneuos manifestations of systemic diseases», págs. 66-81. Charles C. Thomas, Springfield (Illinois, U. S. A.), 1954.
38. Grinspan, D.—«Sarcomatosis de Kaposi». El Ateneo, Buenos Aires (Argentina), 1950.
39. Guilera, L. G.—«Enseñanzas que se deducen del estudio topográfico y anatomopatológico del epitelioma cutáneo en 455 casos observados en el Instituto del Cáncer del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo» (folleto). Barcelona (España), octubre 1940.
40. Hemphill, W. J., and Piper, W. N.—«Basal and squamons cell cancer of the skin». *G. P.*, vol. X, n.º 1, páginas 52-57, julio 1954. Kansas (Miss.; U. S. A.).
41. Hernández Zurita, F.—«Epiteliomas cutáneos». *El Médico*, año 2, n.º 1, págs. 12-17, abril 1952. Méjico.
42. Herrera, J. M.—«Dermatomioma múltiple de Bessnier». *Archivos Cubanos de Cancerología*, vol. 5, números 4-5-6, págs. 117-128, abril-junio 1946. La Habana (Cuba).
43. Hunguenin, R.; Vermes, E., et Bernard, P. F.—«Difficultés cliniques et anatomo-pathologiques du diagnóstic des mélanomes malins sutanées». *Bulletin du Cancer*, t. XXXVIII, n.º 4, págs. 441-448. París (Francia).
44. Kennedy, B. J.; Nathanson, I. T., and Aub, J. C.—«Ethyl carmabate (urethane) in the treatment of mycosis fungoides». *Cancer*, vol. 3, n.º 1, págs. 66-73, enero 1950. N. York (U. S. A.).
45. Lapiere, S.—«Etude comparative du mycosis fongoide et de la maladie de Hodgkin». *Revue Belge des Sciences Médicales*, t. X, n.º 3, págs. 159-171, marzo 1938. Lovaina (Bélgica).
46. López Yáñez, G.—«Tratamiento quirúrgico de los epiteliomas cutáneos». *El Médico*, año 5, n.º 3, págs. 26-29, junio 1955. Méjico.
47. Maissa, P. A.; Lesende, M., y Herrera, J. A.—«Röntgenterapia de los epiteliomas de la piel». *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*, año XXII, n.º 6, págs 169-175, junio 1954. Méjico.
48. Manzanilla, M. A.—«Cuatro casos de melanoblastoma». *The Journal of the International College of Surgeons*, vol. XVII, n.º 5, págs. 737-749, mayo 1952. Chicago (Illinois, U. S. A.).
49. Masson, P.—«Tumeurs humaines», págs. 301-353 y 1.003-1.059. Maloine, París (Francia), 1956.
50. Marinello, Z.—«Tratamiento del cáncer de la piel». *Boletín* de la Liga contra el Cáncer, vol. XXVI, números 5-6, págs. 166-176 y 198-215, octubre-diciembre 1951. La Habana (Cuba).
51. Mena, R. I.—«Contribución de estudio de los tumores cutáneos pigmentados». *Cáncer*, vol. IV, págs. 80-83. Santiago de Chile, 1940.
52. Mendizábal, P., y Elizondo, M. V.—«Enorme epitelioma de la piel». *Hospital General*, año VI, n.º 27, páginas 997-999, noviembre 1931. Méjico.
53. Mestre, J. J., y León, P. M.—«Nevocarcinoma de la piel con numerosas metástasis cutáneas y una metástasis pulmonar radiológicamente visible». *Boletín* de la Liga contra el Cáncer, vol. XI, n.º 5, páginas 179-187, mayo 1936. La Habana (Cuba).
54. Montaño, E. F.—«Dos casos de melanosarcoma de los párpados. Extirpación completa de los neoplasmas. Curación. *Pasteur*, año XII, n.º 1, págs. 28-29, 15 julio 1939. Méjico.
55. Mulligan, R. M.—«Syllabus of human neoplasms», págs. 19-33. Lea & Febiger, Filadelfia (U. S. A.), 1951.
56. Nava Acevedo, H.—«Epiteliomas cutáneos». *Revista de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Zulia*. año XXIII, número 8, págs. 27-70, agosto 1954. Maracaibo (Venezuela).
57. Navarrete, E.—«Röntgenterapia de los epiteliomas faciales». *Acta Radiológica Interamericana*, vol. VI, n.º 4, págs. 242-247, octubre-noviembre 1956. Buenos Aires (Argentina).
58. Noriega Limón, J.—«Radioterapia en el carcinoma de los párpados». *Anales de la Sociedad Mexicana de Oftalmología*, t. XXIII, n.º 3, págs. 129-142, julio-septiembre 1949. Méjico.
59. Pack, G. T., y Núñez, R. A.—«Principios de exéresis y disección en continuidad por melanoma maligno de la piel, primitivo y metastásico». *Archivos Cubanos de Cancerología*, vol. 5, núms. 1-2-3, págs. 50-51, enero-marzo 1946. La Habana (Cuba).
60. Pack, G. T., and Miller, T. R.—«The management of pigmented nevi and malignant melanoma». Extracto de *Acta Union Internationale contre le Cancer*, vol. III, n.º 1, págs. 243-257. Louvain (Bélgica), 1952.
61. Pallarés, M.—«El factor histológico y la rádiumsensibilidad de los epiteliomas cutáneos». *Hospital General*, tomo I, n.º 1, págs. 36-59, octubre-diciembre 1925. Méjico.
62. Pallarés, M.—«Algunas consideraciones sobre el nevicarcínoma». *Hospital General*, t. II, n.º 4, págs. 333-341, octubre-diciembre 1927. Méjico.
63. Pardo Castello, V.—«Epiteliomas de la piel», págs. 195-209 de «Diagnóstico y tratamiento del cáncer». Editado por la Liga contra el Cáncer. (Montalvo-Cárdenas.) La Habana (Cuba), 1932.
64. Parkes Weber, F.—«Some considerations connected with the classification and explanation of naevi and naevoid conditions». *British Medical Journal*, n.º 4.738, págs. 992-994, 27 octubre 1951. Londres (Inglaterra).
65. Paul, N.—«Cutaneous neoplasms». H. K. Lewis & C.º, Londres (Inglaterra), 1950.
66. Plachta, A., and Speer, F. D.—«Aprocine-gland adenocarcinoma and extramammary Paget's disease of the vulva». *Cancer*, vol. 7, n.º 5, págs. 910-191, septiembre 1954. Filadelfia (U. S. A.).
67. Puente Duany, N.—«Epiteliomas múltiples benignos del cuero cabelludo. (Cilindroma.)». *Archivos Cubanos de Cancerología*, vol. 7, n.º 2, págs. 153-183, abril-junio 1948. La Habana (Cuba).
68. Puente Duany, N.—«Epitelioma cutáneo. Algunos datos sobre su evolución histórica». *Boletín* de la Liga contra el Cáncer, vol. XXIV, n.º 2, págs. 6-36, marzo 1949. La Habana (Cuba).
69. Puente Duany, N.—«Lesiones tumorales de los folículos pilosos. Tricoepiteliomas en general». *Archivos Cubanos de Cancerología*, vol. 8, núms. 4-5-6, págs. 190-149, abril-junio 1949. La Habana (Cuba).

70. PUENTE DUANY, N.—«Lesiones tumorales de los folículos pilosos». *Archivos Cubanos de Cancerología*, vol. 8, núms. 7-8-9, págs. 189-216, julio-septiembre 1949. La Habana (Cuba).
71. PUENTE DUANY, N.—«Epitelioma a diferenciación sebácea». *Archivos Cubanos de Cancerología*, vol. 8, números 7-8-9, págs. 230-303, julio-septiembre 1949. La Habana (Cuba).
72. PUENTE DUANY, N.—«Epiteliomas de las glándulas sudoríparas». *Archivos Cubanos de Cancerología*, vol. 9, números 4-6, págs. 97-203, abril-junio 1950. La Habana (Cuba).
73. PUENTE DUANY, N.—«Epiteliomas basales superficiales múltiples». *Archivos Cubanos de Cancerología*, vol. 9, números 10-11-12, págs. 291-311, octubre-diciembre 1950. La Habana (Cuba).
74. PUENTE DUANY, N.—«Tumores y lesiones cutáneas de carácter benigno y estructura espinocelular». *Archivos Cubanos de Cancerología*, vol. 14, núms. 1-2-3, págs. 1-23, enero-marzo 1955. La Habana (Cuba).
75. PUENTE DUANY, N.—«Tumores cutáneos con el aspecto y la estructura del epitelioma espinocelular, de evolución benigna». *Archivos Cubanos de Cancerología*, vol. 14, núms. 1-2-3, págs. 24-73, enero-marzo 1955.
76. PUENTE DUANY, N.—«Tumores cutáneos de procedencia sudorípara, con proliferación de células mioepiteliales La Habana (Cuba).
(mioepiteliomas)». *Archivos Cubanos de Cancerología*, vol. 14, núms. 10-11-12, págs. 399-451, octubre-diciembre 1955. La Habana (Cuba).
77. PUENTE DUANY, N., y FIGUERAS, W.—«Leiomiomas solitarios de la piel». *Archivos Cubanos de Cancerología*, vol. 15, núms. 1-2-3, págs. 31-42, enero-marzo 1956. La Habana (Cuba).
78. PUENTE DUANY, N.—«Quistes epidérmicos o epidermoideos de la piel». *Archivos Cubanos de Cancerología*, vol. 15, núms. 10-11-12, págs. 327-366, octubre-diciembre 1956. La Habana (Cuba).
79. RAMÍREZ CALDERÓN, H.—«Consideraciones anatomoclínicas de las neoplasias melánicas». *Boletín* del Instituto de Medicina Experimental para el Estudio y Tratamiento del Cáncer, año XV, n.º 47, págs. 211-228, abril 1938. Buenos Aires (Argentina).
80. REGATO, J. A. del, y ACKERMAN, L. V.—«Cáncer» (traducción, págs. 117-171. Uteha, Méjico, 1951.
81. ROFFO, A. H.—«La dermatosis precancerosa de Bowen». *Boletín* del Instituto de Medicina Experimental para el Estudio y Tratamiento del Cáncer, año I, n.º 5, págs. 249-254, marzo-abril 1925. Buenos Aires (Argentina).
82. ROUSSY, G.—«Le cancer. Nouveau traité de médicine», págs. 5-24. Masson et Cie., París (Francia), 1929.
83. ROUSSY, G., y LABORDE, S.—«Cánceres cutáneos y curieterapia». *Le Monde Médical*, año XLIV, n.º 871, páginas 3-13, enero 1934. París (Francia).
84. RYLE, J. A., and RUSELL, W. T.—«Social and occupational factors in the aetiology of skin cancer». *British Medical Journal*, n.º 4.511, págs. 873-877, 21 junio 1947. Londres (Inglaterra).
85. SÁNCHEZ CORDERO, R.—«Breves consideraciones clínicas sobre veinte casos de melanomas malignos cutáneos». *Revista Médica del Hospital General*, vol. VIII, n.º 4, págs. 332-339, enero 1946. Méjico.
86. SEGERS, A. M., y TAYLOR, G.—«Sarcoma de Kaposi. Consideraciones quirúrgicas. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, t. LXII, núms. 637-638, págs. 467-470, septiembre 1948. Buenos Aires (Argentina).
87. SOMONTE, M. G.—«El tratamiento del cáncer de la piel». *Monterrey Médico*, n.º 128, págs. 2.781-2.787, agosto 1946. Monterrey, N. L. (Méjico).
88. SPILZINGER, J. M., y BOROJOVICH, J. C.—«El *trauma único*. Su importancia en la etiopatogenia del cáncer cutáneo». *La Semana Médica*, año LIV, n.º 2.814, págs. 1.005-1.015, 18 diciembre 1947. Buenos Aires (Argentina).
89. STILLIANS, A. W.—«Nevo-epithelioma adenoides (cylindroma) of the scalp». *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. 27, n.º 3, págs. 481-489, marzo 1933. Chicago (Illinois, U. S. A.).
90. TEJADA, A. R.—«Adenoma sebáceo, tipo Pringle, observado en el Hospital de Quezaltenango». *Guatemala Médica*, año IV, n.º 12, págs. 7-10, diciembre 1939. Guatemala.
91. TELLO E. E.—«El tratamiento de los epiteliomas cutáneos por colcemid». *Revista Médica de Córdoba*, año XLIV, volumen 44, págs. 411-414, octubre 1956. Córdoba (Argentina).
92. VOGLER, W. R.; PERDUE, G. D., and WILKINS, S. A.—«A clinical evaluation of malignant melanoma». *Surgery, Gynecology & Obstetrics*, vol. 106, n.º 5, págs. 586-594, mayo 1958. Chicago (Ill., U. S. A.).
93. WAKELEY, C., and CHILDS, P.—«Basal-cell carcinoma (rodent ulcer), with special reference to lesions on neck, trunk and limbs». *British Medical Journal*, n.º 4.608, págs. 737-741, 30 abril 1949. Londres (Inglaterra).
94. WARD, G. E., and HENDRICK, J. W.—«Diagnosis and treatment of tumors of the head and neck», págs. 75-169. The Williams & Wilkins C.º, Baltimore (Mass., U. S. A.), 1950.
95. ZARAFONETIS, C. J. D.; CURTIS, A. C., and KIRKMAN, L. W.—«Para-aminobenzoic acid therapy in lymphoblastoma cutis and mycosis fungoides». *Cancer*, vol. 7, n.º 1, págs. 190-201, enero 1954. Filadelfia (U. S. A.).
96. ZELCER, I.—«El tratamiento de los tumores melánicos de la piel. Técnica de la extirpación electroquirúrgica». *Revista de la Asociación Médica Argentina*, t. LXIX, núms. 799-800, págs. 231-233, julio 1955. Buenos Aires (Argentina).
97. ZUCKERMANN, C.—«Bosquejo de la historia general del cáncer». *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*, año I, n.º 5, págs. 218-220, diciembre 1933. Méjico.
98. ZUCKERMANN, C.—«El cáncer en los aztecas y otros raros aborígenes». *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*, año II, n.º 1, págs. 63-64, enero 1934. Méiico.
99. ZUCKERMANN C.—«Patología Quirúrgica. Cráneo, cara, raquis, cuello», págs. 161-165. Imprenta Mundial, Méjico, 1935.
100. ZUCKERMANN, C.—«Melanoblastomas». *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*, año XII, n.º 9, páginas 259-273, septiembre 1944. Méjico.
101. ZUCKERMANN, C.—«Amputación de los miembros. Técnica sencilla». *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*, año XIV, n.º 11, págs. 323-332, noviembre 1946. Méjico.
102. ZUCKERMANN, C.—«Amputaciones». *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecoolgía y Cáncer*, año XIV, n.º 11, páginas 335-349, noviembre 1946. Méjico.
103. ZUCKERMANN, C.—«Biopsia en cancerología». *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*, año XXII, número 5, págs. 131-138, mayo 1954. Méiico.
104. ZUCKERMANN C.—«Neoplasias de la piel. Cánceres cutáneos». *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*, año XXII, n.º 6, págs. 163-168, junio 1954. Méjico.
105. ZUCKERMANN, C.—«Schwannoma del pie». *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*, año XXIV, número 12. págs. 367-374, diciembre 1956. Méiico.
106. ZUCKERMANN, C.—«Sarcoide y sarcoidosis». *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*, año XXV, número 6, págs. 163-175, junio 1957. Méjico.

Dirección: Marsella, núm. 11. México, D. F.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 394 - TOMO LXVII
ENERO 1959

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE SANTA CRUZ DE TENERIFE

TERAPÉUTICA ACTUAL DE LAS LEUCEMIAS (*)

POR EL

DR. ENRIQUE ROMERO VELASCO

PROFESOR ADJUNTO DE PATOLOGÍA MÉDICA (SERVICIO PROF. M. SEBASTIÁN).
DIRECTOR DEL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN DE LA CRUZ ROJA

VALLADOLID

INTRODUCCIÓN

EL tema de la terapéutica actual de las leucemias es siempre apasionante y atractivo, siempre digno de todo estudio, pero también siempre incierto en su realidad clínica, lleno de infinitas incógnitas y, lo que es peor, nunca hasta ahora definitivo en su resolución terapéutica. Pocos problemas han suscitado tal número de investigaciones y trabajos en estos últimos como el de la terapéutica de las leucemias, cuyos estudios incluso traspasan las barreras del mundo científico e inquietan a las propias multitudes o lectores de prensa profana. Unido íntimamente a la terapéutica del cáncer (por su propia etiología), son numerosos los centros de investigación que se ocupan de este problema en todos los países del mundo, especialmente en Norteamérica, Alemania y Suiza, y en nuestra propia Patria no faltan investigadores de talla, que desde hace ya bastantes años se ocupan de desentrañar el palpitante tema del tratamiento de las leucemias.

Las principales dificultades que surgen son las mismas que concurren en la mayoría de las enfermedades cuyas causas desconocemos; aunque se admite unívocamente su naturaleza neoplásica y se discute que el factor etiológico sea un virus, como, por ejemplo, las recientes experiencias de GROSS, el hecho práctico para nuestro tema es que se carece del conocimiento exacto etiológico de estas enfermedades y, por consiguiente, pocos pasos se pueden dar con una metódica científica de resultados positivos. Por otro lado, la existencia, al igual que en el cáncer, de leucosis o leucemias en los animales de experimentación, si bien es cierto que profundizan más en la investigación, también es verdad que desplazan muchas veces en trayectoria tangencial la verdadera terapéutica práctica del enfermo leucémico.

Hemos de tener asimismo en cuenta que el número de leucémicos crece extraordinariamente en el correr de estos años; las estadísticas, que difícilmente sobrepasaban los cincuenta o cien casos hace veinte años, hoy día no son difícil de

(*) Premio de la Real Academia de Medicina del Distrito de Canarias, Santa Cruz de Tenerife (Premio Excmo. Cabildo Insular), 12 febrero 1958.

leer con casuísticas de varios cientos de casos clínicos. La mayor longevidad adquirida por la medicina actual, el mejor estudio analítico de los enfermos y, posiblemente, la mayor presencia de factores más o menos coadyuvantes para la producción de una leucemia, como sustancias radiactivas, medicaciones puestas en litigio científico de acción leucemógena, son todos ellos motivos suficientes para darnos cuenta de la progresiva y creciente morbilidad de esta enfermedad en todo el orbe.

Ello hace que la bibliografía actual sea extensísima sobre este problema, y las numerosas revistas mundiales dedicadas exclusivamente al estudio de las enfermedades de la sangre dediquen numerosos trabajos a este respecto.

La *sistemática de exposición*, en el presente trabajo, de la terapéutica actual de las leucemias consistirá primeramente en una exposición de los principales procederes terapéuticos que en la actualidad existen para el tratamiento de los leucémicos. En un segundo apartado expondremos las indicaciones terapéuticas para cada tipo especial de leucemia, y en un tercer apartado haremos un resumen de nuestra modesta aportación, resultado de nuestra experiencia sobre los treinta casos de enfermos leucémicos estudiados en estos últimos años. Terminaremos con las conclusiones y cita bibliográfica, de las que sólo haremos mención cuando los artículos tengan cierta importancia, dado el ingente acúmulo de bibliografía existente sobre esta materia.

En la bibliografía sobre este tema abundan los trabajos de revisión general sobre el tratamiento de las leucemias, como son los de WATXINS, WINTROBE y colaboradores, SIEGENTHALER, HEILMEYER, BEGEMANN, BURCHENAL, KARNOFSXI, etcétera, y en nuestra Patria, los autores catalanes, en especial FARRERAS VALENTÍ, el que más ha dedicado especial estudio a este problema, así como MAS Y MAGRÓ, muy discutido científicamente, en Alicante; y en todos los libros de hematología se dedican en la actualidad extensos capítulos a estos problemas, como, por ejemplo, en el de GOLDECX y en el asimismo muy reciente de REBUCK, BETHELL y MONTO.

En nuestra exposición no vamos a pretender realizar una exhaustiva revisión de todas estas materias, que nos llevaría a una enorme extensión con escasa finalidad práctica; nos contentaremos con realizar una exposición sintética de las diferentes terapéuticas sobre las leucemias con el criterio personal dado por la experiencia que tenemos sobre todos estos procederes terapéuticos.

TRATAMIENTOS UTILIZABLES EN LAS LEUCEMIAS

Transfusiones y exanguinotransfusiones sanguíneas. — La *transfusión sanguínea* resulta siempre una terapéutica útil, muy beneficiosa para los leucémicos, carente de contraindicaciones y de peligros (salvo los casos excepcionales de reacciones) y que nos soluciona, especialmente en los casos de agudización de las leucemias, el primordial fin que deseamos obtener de la recuperación inicial del enfermo para intentar, con las medicaciones adecuadas, remitir el cuadro.

La transfusión de sangre debe ser siempre completa, es decir, de sangre total y en cantidades de 250 a 300 c. c., que deberán repetirse con insistencia en los casos agudos o en las agudizaciones de las leucemias crónicas, en forma diaria o en días alternos (nosotros, en algún caso, incluso hemos prescrito dos transfusiones diarias, con marcado éxito), que son imprescindibles para la inicial supervivencia clínica. En las formas de leucemia crónicas podrán prescribirse, pero no son precisas y sólo se efctuarán en tandas de dos transfusiones semanales durante un mes, cuando el estado general del paciente se afecte y especialmente en dos casos: cuando la cifra de los hematíes disminuye por debajo de los 3.000.000 por milímetro, y cuando el cuadro hematológico nos señale la aparición predominante de formas inmaduras como premonitoria de una agudización o reacción mieloblástica.

Si el leucémico presenta un cuadro hemorrágico, como ocurre siempre en los casos de agudización, y también cuando se determina una trombopenia secundaria, la transfusión es asimismo obligada.

La transfusión de sangre mejora el estado general del paciente, eleva la cifra de los hematíes, aporta proteínas y con ellas anticuerpos para defenderse de las fáciles infecciones que estos pacientes presentan, e incluso, en los casos graves, influye, como es conocido, sobre el tono vascular de los enfermos.

No creemos en la prescripción de las transfusiones sistemáticas y prolongadas en los enfermos leucémicos, aunque sean crónicos, porque actúan inactivando el virus, según el criterio de nuestro compatriota MAS Y MAGRÓ. Nosotros, que desde hace seis años hemos realizado ya cerca de cien pases en conejos con sangre de veinte enfermos leucémicos, todavía no hemos encontrado dato alguno hematológico que nos confirme la transmisión de la leucemia al cobayo.

La transfusión sanguínea puede asimismo realizarse previa sangría, y presenta, en el sentir de varios autores, efectos más superiores a los de la simple transfusión; evitaría el aumento de la volemia sanguínea y, además de ello, serían eliminados del organismo gran cantidad de elementos formes sanguíneos. CROIZOT y REVOL, DREYFUS, PASTEUR VALLERY-RADOT y colaboradores, etc., están de acuerdo en los inmejorables resultados obtenidos con la transfusión de sangre y especialmente antecedida de una sangría. BIERMAN y colaboradores consideran al tratamiento de la transfusión sanguínea, combinado con los antibióticos, como el principal remedio terapéutico en las leucemias, sobre todo infantiles y agudas, sobre una experiencia de ciento tres casos tratados de esta forma.

La *exanguinotransfusión* fué aportada a la ciencia contemporánea por BESSIS, que en el IV Congreso Internacional de Transfusión Sanguínea, celebrado en Lisboa en 1951, aportó su experiencia y conclusiones sobre la misma, utilizada en las leucemias agudas. Para este autor, la acción, aunque desconocida, de la exanguinotransfusión debería recaer o bien en una acción antileucocitaria de la sangre transfundida, o en una verdadera acción antileucémica que pudieran tener todas las personas normales. Los resultados favorables obtenidos descansan, para el autor citado, en la mejoría o combinación de tres importantes efectos: primeramente, sobre el estado general, con mejoría de su anemia, hemorragias y defensas en los procesos infectivos o ulcerosos, que tan fácilmente se producen en los enfermos leucémicos, por carecer de la función especial que los leucocitos normales tienen; en segundo lugar, por la mejoría de los signos clínicos como esplenomegalia, adenopatías, hepatomegalia, etc., y en un tercer fundamento, por una especial acción hematológica sobre los hematíes, leucocitos inmaduros y maduros y las plaquetas; no solamente existiría una mejoría inmediata por la salida de sangre leucémica y sustitución por otra normal, sino que los efectos serían sobre la propia medula ósea y persisten después de que con el correr de los días realmente los elementos formes introducidos han tenido que sufrir ya su destrucción.

BESSIS aportó sesenta casos en un solo grupo, en los cuales el 90 por ciento mejoró el primer día, y al veintiún día (de terminado ya el tratamiento) mejoró el 55 por ciento. En otro grupo de cincuenta y dos casos, al primer día habían mejorado el 63 por ciento y persistía la misma mejoría el 30 por ciento a los

veintiún días, y por último, en otro grupo de cuarenta y ocho casos, correspondió una mejoría inicial a un 78 por ciento, y otra también tardía en un 31 por ciento.

Sin embargo, la supervivencia media de los enfermos tratados por exanguinotransfusión en estas formas agudas, que son en las únicas que deben utilizarse, es muy escasa, puesto que no se consigue más que una supervivencia aproximada de cinco meses, y en casos extremos, de veintidós meses. En las leucemias aleucémicas, como fueron treinta y cuatro casos estudiados por BESSIS, respondieron con mejoría un 53 por ciento.

En resumen, la transfusión sanguínea debe utilizarse siempre en las formas agudas o en las crónicas con agudizaciones, y de prescribirse, se hará con intensidad de frecuencia, para dar tiempo a la posible acción de otros fármacos utilizables.

La exanguinotransfusión sólo la creemos utilizable en los casos infantiles y de escasa edad, en los cuales es más practicable por no precisarse tanta cantidad de sangre; efectivamente, en las clínicas actuales no se realiza nunca este proceder de exanguinotransfusión en los leucémicos adultos.

Antibióticos. — Los antibióticos son terapéutica obligada en todo enfermo leucémico; la fiebre o febrícula existe en casi todos los pacientes afectos de leucemia, salvo en las fases de remisión, y esta febrícula, que para algunos autores está determinada siempre por las infecciones asociadas que se producen, responde generalmente con la utilización de antibióticos. En nuestra opinión, existen, efectivamente, casos de síndrome febril en los leucémicos, por infecciones asociadas (en nuestra experiencia destacan las bronquitis, neumonías, otitis y pielitis); pero existe además una febrícula o fiebre si se trata de formas más graves que no reconoce una etiología bacteriana, por un lado, por no responder a los antibióticos, pero fundamentalmente porque muchas de estas fiebres se logra hacerlas desaparecer por la utilización de la radioterapia o de fármacos que ninguna acción antibacteriana poseen.

A pesar de este criterio personal, reconocido también por muchos autores, los antibióticos debemos prescribirlos en todo enfermo leucémico que tenga fiebre, porque, por un lado, puede tratarse de infección bacteriana, pero, por otro lado, como siempre es un dato semiológico de mal estado general y de agravación de la leucemia, los antibióticos, por lo menos, evitarán el anidamiento de gérmenes y su reproducción, ya que los leucocitos leucémicos son incapaces de ejercer sus funciones fagocitarias, productoras de anticuerpos, etc., como poseen los leucocitos normales. Los antibióticos utilizados generalmente son la penicilina, que es la que posee un máximo efecto; también la estreptomicina y, en menor grado, la eritromicina. Otros antibióticos pueden utilizarse, pero de hecho no se prescriben y nosotros tampoco lo aconsejamos, ya que algunos de ellos, como, por ejemplo, la cloromicetina, poseen un efecto no sólo tóxico por sus probables reacciones alérgicas, sino incluso sobre las propias células sanguíneas, y no debemos exponernos a añadir un nuevo factor alterativo de la maduración sanguínea.

Hay en este lugar los antibióticos de propiedades citostáticas, a los que, por lo menos, debemos hacer una breve alusión. La actinomicina es producida por ciertas especies de estreptomices, y tanto la actinomicina A como la X o la B, obtenidas de hongos, tienen una cierta acción citostática que ha sido utilizada por las investigaciones de las escuelas japonesas, como por HIRATO y NAKANISXI, que han obtenido otras actinomicinas como la C_1, C_2, C_9, J_1, etc., y que, en especial la C en cualquiera de sus modalidades, utilizan como fármacos antitumorales, ensayándose en cánceres, enfermedad de Hodgkin y leucemias.

Los resultados han sido poco alentadores, y en la actualidad no se ha incorporado en absoluto dentro de la terapéutica actual de las leucemias.

Arsénico. — El arsénico es realmente la medicación más clásica que tenemos en la terapéutica sobre las leucemias y que no sólo no ha sido desterrado, sino que todavía, en especial por las escuelas hematológicas alemanas, se sigue preconizando. Se empezó a utilizar ya en 1865, y su forma de administración se mantiene exactamente igual; se trata de la prescripción de licor arsenical de Fowler, que no es otra cosa que arsenio potásico y que se administra en sentido creciente clásico de una gota en las tres comidas y cada día aumentar una más hasta conseguir las doce gotas tres veces al día y permanecer en esa dosificación hasta que la cifra de los leucocitos descienda a cerca de 25.000; conseguido este efecto, se mantiene en una dosis de sostenimiento aproximadamente de quince gotas diarias, que puede prolongarse durante uno a cuatro meses.

HEILMEYER y MERK aconsejan recientemente el arsénico en dosis tan altas que se encuentren siempre en los linderos de la toxicidad e incluso admiten que puede mantenerse esta cura aunque el sujeto muestre signos de intoxicación como, por ejemplo, la propia melanosis arsenical. En la Clínica de Loefler, el famoso hematólogo MOESCHLIN tiene en su experiencia veinte casos de leucemia crónica mieloide que supervivieron sólo con la medicación arsenical durante cinco años.

Nosotros, francamente, utilizamos poco el arsénico, por las intolerancias tan molestas que dan a estos pobres pacientes, y sólo cuando el sujeto lo tolera bien lo administramos en curas de dos meses, sin rayar los límites de la toxicidad y como medicación de sostén o de intervalo entre otros fármacos o procederes.

UTILIZACIÓN DE LOS DENOMINADOS ANTIMETABOLITOS

Se designan así un conjunto de fármacos que en realidad son compuestos que se caracterizan por actuar en las leucemias (así como en los tumores) por una acción metabólica caracterizada por inhibición de ciertos procesos de reacción química metabólica.

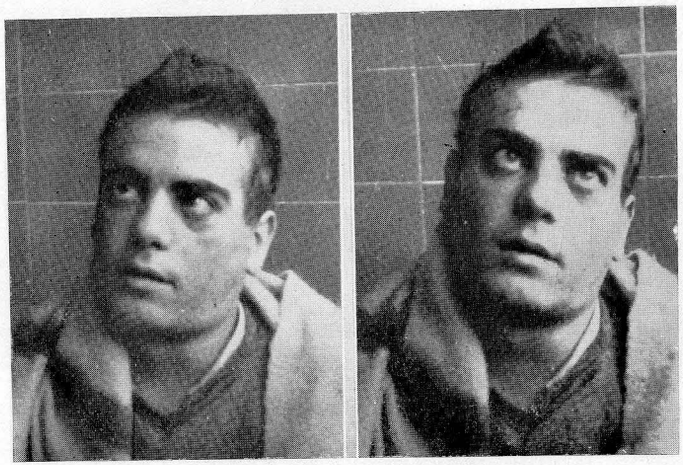
En las leucemias, los antimetabolitos que se utilizan terapéuticamente son, por un lado, los antifólicos o antagonistas del ácido fólico, los antagonistas de la adenina y la denominada azoserina. Todos ellos tienen una misma finalidad que consiste en inhibir el producto final del metabolismo de los núcleos celulares, evitando la formación del ácido nucleico.

Antagonistas del ácido fólico. — Se caracterizan porque inhiben la acción metabólica que supone la transformación del ácido fólico en folínico o factor citrovarum, que, como es sabido, se origina por oxidación del ácido fólico en la medula ósea (aparte del hígado); este factor citrovarum o folínico es el cofermento preciso para transportar el carbono en la síntesis púrica de los ácidos nucleicos. Se acepta en la actualidad que la acción metabólica del ácido folínico consiste en la metilación del uracilo para formar la timina, que no es otra cosa que una base pirimidínica.

Al dificultarse así la formación de los ácidos nucleicos por inhibirse este ácido fólico, no se podrán producir los ácidos nucleicos indispensables para la formación de los núcleos celulares y, en consecuencia, la reproducción y formación de células sanguíneas en la medula ósea se verá dificultada; la consecuencia clínica y terapéutica consistirá en una disminución de la leucopoyesis, con mejoría hematológica de la leucemia.

Estos compuestos son fundamentalmente tres: la ametopterina, el amino-an-fol y la aminopterina.

La ametopterina es bastante tóxica, produciendo con facilidad alteraciones, tanto histológicas como clínicas, del aparato digestivo, como diarreas, dispepsias, estomatitis, glositis y ulceraciones en mucosa bucal. Provoca además disminución de las plaquetas y puede entrañar un grave peligro de trombopenia, como pudimos observar nosotros en un caso propio. Se utiliza en una dosis de 3 a 5 miligramos por día; pero ya hemos indicado que, por su toxicidad, es muy poco empleada en las leucemias.



EJEMPLO DE LEUCEMIA AGUDA CON PARTICIPACIÓN NEUROLÓGICA

El amino-an-fol tiene unos caracteres parecidos, utilizándose en inyección en la dosis de 25 a 50 miligramos por día, dependiendo de la edad y peso del sujeto. Como suele utilizarse exclusivamente en niños, no suele elevarse de los 30 ó 40 miligramos diarios.

La aminopterina se utiliza con más frecuencia, porque es el menos tóxico de los tres, y se prescribe a la dosis de 0'5 a 3 miligramos diarios, no pasándose del miligramo por día en los niños.

Todos ellos se utilizan preferentemente en las leucemias agudas y en las edades infantiles, que son las únicas en las que se han conseguido unos resultados, en especial con la aminopterina, más satisfactorios. Debe administrarse con una vigilancia extremada del cuadro hematológico completo, así como el hemorrágico, en especial, con estudio sistemático de recuento plaquetar. Se utiliza casi siempre unido a las transfusiones de sangre y al ACTH o corticoides de análoga acción.

Cuando surgen fenómenos tóxicos debe utilizarse inmediatamente ácido folínico, que es realmente el cofermento, que con esta medicación evitamos se produzca en el metabolismo de la medula ósea.

Antagonista de la adenina ó 6-mercaptopurina. — En el comercio se denomina *purinethol* y fué obtenido por síntesis de ELIÓN y colaboradores, y utilizado por KLERXE y colaboradores, con marcado éxito en el sarcoma 180 de las ratas.

Su acción farmacológica estriba en que es antagonista de la adenina (recordaremos que su composición, como ocurre con todos los antimetabolitos, es análoga, sólo que en vez de poseer un grupo NH_2 en la posición 6, posee un grupo químico SH), y como la adenina es indispensable como base púrica o purínica en la síntesis de las núcleoproteínas, para los núcleos celulares, de ahí el que ejerza una acción análoga, desde un punto de vista terapéutico, que los antifólicos, aunque su lugar metabólico sea distinto.

Tiene la ventaja, sobre los anteriores, de que es bastante mejor utilizada, con ser menos tóxica; pero su efecto terapéutico es sólo casi exclusivo para las leucemias crónicas mieloides en fase de agudización, y mucho más eficaz, como ocurría con los anteriores metabolitos, en los niños que en los adultos.

La posología es de 2'5 miligramos por kilo de peso, que se administra por vía oral y que cuando se consigue la remisión hematológica debe mantenerse (con los cuidados analíticos precisos) en forma de cura de mantenimiento y a la mitad de la dosis durante uno a dos meses más.

SÍNTESIS DE ÁCIDOS NUCLEICOS PARA NÚCLEOS DE LA PRODUCCIÓN CELULAR Y POSIBLE ACCIÓN DE LOS ANTILEUCÉMICOS

(De REBUCK y colaboradores, 1957)

Acción antileucémica

Formato, glicina, NH_2 y CO_2
↓
Glicineamida ribosido.
↓ ← ——Bloqueo por antifólicos.
Formil-glicineamida ribosido.
↓ ← ——Bloqueo por azaserina.
4-aminoamidazol dibosido.
↓
4-amino-5-imidazol carboxamida ribosido.
↓ ← ——Bloqueo por *antifólicos.*
Hipoxantina ribosido. → Xantina ——Acido úrico.
↓ ← ——Bloqueo por 6-mercaptopurina.
Purinas.
↓
Acido nucleico y síntesis nuclear.
← ——Lugar de acción de radioterapia, y radiomiméticos o citostáticos.

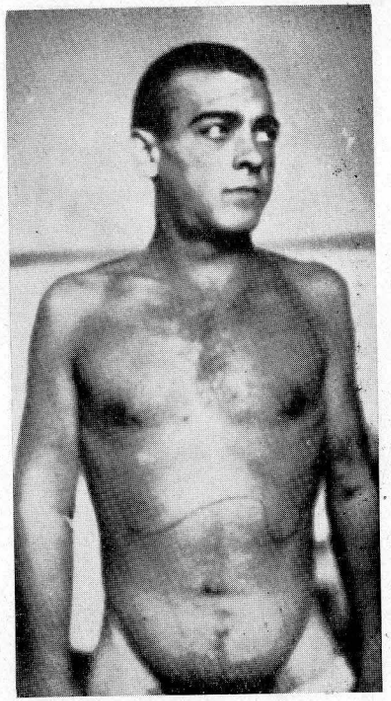
Los resultados terapéuticos obtenidos por la 6-mercaptopurina, por ser de una mayor actualidad y existir, por consiguiente, menor bibliografía, citaremos alguna de las modernas casuísticas.

BURCHENAL, en 1953, estudia un grupo de sesenta y dos niños en los cuales, con la 6-mercaptopurina, remitieron en treinta y nueve, y en estos últimos meses publica otra casuística de doscientos sesenta y nueve casos de neoplasias, de los cuales ciento cuarenta eran leucemias agudas, ocho subagudas, diecinueve leucemias mieloides crónicas y cuatro leucemias linfoides crónicas. Las remisiones fueron también muy señaladas, en especial las leucemias mieloides crónicas y subagudas, y hemos de hacer constar que todos estos antimetabolitos, tanto los antifólicos, o antifolínicos como otros los denominan, como la 6-mercaptopurinas, no consiguen otro éxito que la supervivencia de los enfermos de uno a diez meses, y en algún caso excepcional, una remisión de un año. Como puede apreciarse, aunque mucho se trabaja y se investiga con estos fármacos, poco es lo que en realidad se consigue desde el punto de vista práctico.

También recientemente, ROUQUES, en 1955, estudia dieciocho casos de leucemia mieloide crónica con este fármaco, obteniendo once casos de buena respuesta, pero —insistimos por lo trascendental de ello— con sólo un mes de remisión después

de suspendido el tratamiento, pues inmediatamente recidiva el cuadro hematológico con todas sus características de gravedad.

BERNARD y SELIGMANN aportan veintinueve casos de leucemias agudas en los niños que no habían sido tratados con ninguna otra medicación y sólo de forma inicial, con la 6-mercaptopurina. Obtienen ocho remisiones completas, cuatro remisiones buenas, tres remisiones incompleta, cinco mejorías y tres fracasos. Estos mismos autores realizan otro trabajo con trece leucemias agudas también infantiles, las cuales habían sido tratadas anteriormente con cortisona y antagonistas del ácido fólico, y las remisiones fueron más o menos parecidas. Por el contrario, en leucemias agudas de los adultos obtienen casi la mitad de fracasos y apenas remisiones. En las leucemias crónicas mieloides, de tres casos obtienen dos remisiones completas y un fracaso, y en las del mismo tipo, pero agudizadas, de tan difícil tratamiento muchas veces en la práctica clínica, obtienen en ocho casos tres remisiones completas, una buena remisión, tres mejorías y un solo fracaso. Los resultados clínicos de BERNARD y SELJGMANN, por tanto, nos indican que se trata de un fármaco de cierta utilidad, pero especialmente en las leucemias de tipo crónico mieloide.



EL MISMO DE LEUCEMIA ANTERIOR, AL REMITIR CON TRANSFUSIONES Y URETANO

En 1956, REMY estudia diez casos de leucemias, cinco mieloides crónicas y otras cinco agudas del mismo tipo. En las agudas obtiene dos fracasos y tres mejorías sólo clínicas y apenas hematológicas, y en las leucemias mieloides crónicas observó buenos resultados en todos los cinco casos tratados.

En resumen, la 6-mercaptopurina constituye una medicación que puede utilizarse en las leucemias agudas cuando no responden por su toxicidad a los antagonistas del ácido fólico, y también puede prescribirse en las leucemias crónicas mieloides. Hemos de tener en cuenta los peligros que entrañan todas estas medicaciones, haciendo disminuir los leucocitos en cifras considerables abocando a las leucemias en formas aleucémicas, con intensa leucopenia y neutropenia, que deben, por consiguiente, manejarse con los cuidados precisos de dosificación y de recuento hematológico. Las otras alteraciones tóxicas que puede dar la 6-mercaptopurina son muy escasas y se reducen a ligera sensación de dispepsia, anorexia, etc.

La *azoserina* es un antimetabolito apenas conocido, puesto que ha sido utilizado por los autores norteamericanos y expuesto en un *symposium* de mesa redonda sobre tratamiento de leucemias del Hospital Ford, en 1957. Se trata de un antimetabolito que bloquea el paso metabólico del formil-glicinamidaribosa al 5-aminoimidazol-ribosa. Tiene, por consiguiente, una acción inhibidora de la formación de núcleos amidoazólico preciso para el subsiguiente paso a los ácidos nucleicos. Los resultados obtenidos son hasta ahora experimentales, y la escasa aportación clínica no nos aventura todavía a señalar resultados claros.

Exponemos un cuadro de BURCHENAL (1957) sobre el distinto lugar en la estructuración metabólica de los ácidos nucleicos, en que los antimetabolitos estudiados determinan la acción inhibitoria para la formación de los leucocitos leucémicos.

RADIOTERAPIA Y COMPUESTOS RADIACTIVOS

Radioterapia. — La radioterapia podemos afirmar que mantiene una especial hegemonía en la terapéutica de las leucemias, puesto que, iniciada hace ya muchos años, se mantienen sus indicaciones con carácter perenne y además con grandes seguridades en sus resultados. Pero si realmente la radioterapia es eficaz en las leucemias, debemos añadir que, desgraciadamente, la eficacia es sólo temporal, puesto que al igual que con otros procederes contra estas enfermedades, no se consiguen las curaciones, sino las denominadas remisiones, ya que más o menos tarde volverán otra vez las manifestaciones, tanto clínicas como hematológicas, de las leucemias.

Por esta razón de su eficacia solamente para su remisión temporal, la radioterapia en manos del médico debe regatearse y prescribirse solamente cuando el enfermo lo precise, sin hacer uso de ella mientras el estado general del paciente sea satisfactorio. Como se dice usualmente, la radioterapia es una munición que debe limitarse a los casos precisos, para evitar las precoces radiorresistencias en estos enfermos. Sin embargo, tampoco debe esperarse a casos extremos de gravedad en las leucemias, porque ya entonces es su acción menos eficaz, e incluso puede estar su uso contraindicado, como veremos a continuación. El mérito más importante de esta utilización terapéutica consiste en elegir el momento justo (ni antes, por innecesario, ni después, por perjudicial e ineficaz) en que debe prescribirse la radioterapia a un enfermo leucémico.

La radioterapia se utiliza en las formas de leucemia crónicas, ya que las formas agudas no son sensibles a ella y, sobre todo, el sujeto se encuentra en reacciones muy desfavorables para que los efectos radioterápicos produzcan las típicas reacciones y síndrome de irradiación.

Dentro de las formas crónicas de leucemia se debe utilizar en aquellos momentos en los cuales el enfermo muestre lo que nosotros llamamos «descompensación de la leucemia»; una leucemia crónica puede permanecer con un recuento leucocitario de 30 a 100.000 ó incluso más, un enorme predominio de los leucocitos afectados en su fórmula leucocitaria, y aparentar un buen estado general; incluso algunos pacientes en estas circunstancias siguen realizando más o menos sus trabajos habituales. Esto se denomina *estado de compensación hematológica*, porque significa que aunque se encuentra alterado el cuadro hematológico en sus análisis, éstos no repercuten apenas sobre el estado general del sujeto ni le otorgan fiebre, mal estado, etc.

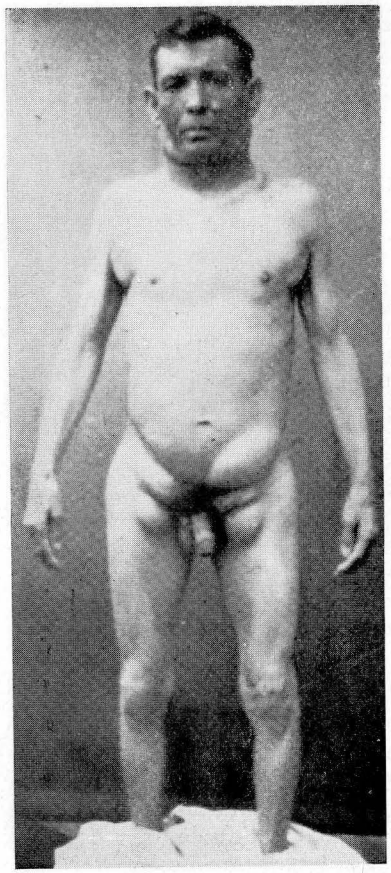
Nosotros denominamos *descompensación leucémica* cuando surge una exagerada desviación de la fórmula leucocitaria a las formas inmaduras y el enfermo decae en su estado general, surgiendo febrícula o fiebre, etc. En realidad, esto no son otras cosas que los estados de agudización o subagudización de una leucemia crónica.

Teniendo esto en cuenta, la radioterapia la prescribiremos en los enfermos de leucemia crónica en estado de descompensación, pero sin esperar a las reacciones francamente ya agudas, en las cuales no se muestra tan eficaz.

Las técnicas que se utilizan para la radioterapia son muy variadas y, en general, pueden dividirse en dos modalidades: una, la radioterapia local, en la cual se

utiliza la aplicación sobre la medula ósea, el bazo, paquetes ganglionares, etc., según el tipo de leucemia, y otra, la radioterapia general, muy bien preconizada y estudiada por TESCHENDORF, que consiste en la aplicación a distancia de la radiactividad sobre todo el organismo enfermo.

Con respecto a la dosis, cada escuela y radiólogo suelen tener sus normas muy personales; en general, se suelen utilizar 50 a 100 r. por dosis y campo, efectuando las sesiones separadas, por ejemplo, cada tres a seis días, hasta dar unas 500 a 1.000 r. Algunos autores, como OSGOD, aconsejan dosis más pequeñas y a mayores intervalos, utilizando, por ejemplo, las 10 a 20 r. dos o tres días seguidos, y luego sólo 25 r. cada diez a quince días, y, por último, mantener todavía 10 r. una vez al mes como dosis de mantenimiento, sin pasar nunca de las 400 r.



EJEMPLO DE LEUCEMIA CRÓNICA LINFOIDE

Está abandonada la aplicación intensa y en una sola dosis de radioterapia, como aconsejaba ROSENTHAL.

Las contraindicaciones de la radioterapia son siempre cuando exista una cifra de glóbulos rojos por debajo de los 3.000.000; cuando exista disminución de los leucocitos, es decir, se trate de leucemias aleucémicas; cuando el paciente posea trombopenia, y en los estados generales graves y agudos. No obstante, como en estos estados algunas veces puede interesar poder radiar una vez compensado, se aconsejan las transfusiones de sangre muy reiteradas, para poder colocar al paciente en situación de radioterapia.

Cuando un enfermo comience con el síndrome de irradiación como fiebre, mal estado, palidez, vómitos, etc., debe suspenderse el tratamiento empezado.

La sensibilidad de las células hematológicas a la radioterapia es de mayor a menor el siguiente orden: linfocitos-monocitos, polinucleares eosinófilos, polinucleares basófilos, polinucleares neutrófilos y eritrocitos.

El *rádium* no se usa prácticamente en el tratamiento de las leucemias, aunque algunos autores, como JAGIE y SPENGLER, aconsejan la utilización de la rádiumterapia en los enfermos leucémicos. La bibliografía de estos tres años últimos descarta prácticamente la utilidad del rádium en la terapéutica de las leucemias.

Compuestos radiactivos. — La utilización de sustancias o compuestos químicos radiactivos ha sido siempre un problema de exquisito interés científico y fruto de numerosas investigaciones en las leucemias, ya que se trata de poder hacer llegar la radiactividad al propio lugar fisiopatológicamente alterado, como es la medula ósea. Se han utilizado, hace años, sales de torio, de manganeso, que fueron desechadas por su escaso interés terapéutico. Otras no se pueden utilizar por la escasa

vida radiactiva que poseen, como, por ejemplo, son las sales de sodio radiactivo, puesto que viven solamente 14'3 horas. En la actualidad, el compuesto radiactivo de más utilidad en las leucemias es el fósforo o P_{32}, que además posee la ventaja de tener una vida de ocho días, que ya es suficiente para, una vez obtenido, remitirlo a cualquier lugar donde se precise, cosa fácil en la actualidad por las vías aéreas.

Se suele utilizar en forma de fosfato sódico, que al absorberse por el organismo se va a depositar en la medula ósea, donde obtiene sus resultados inhibidores de la reproducción celular. La dosis es de 40 Mc. por kilo de peso, que se puede poner en única inyección en vena, repitiéndolo a los quince días e incluso, según tolerancia, respuesta, etc., con reiteradas inyecciones, nunca con intervalos menores de los quince días. También se puede dar por vía oral, como suele hacerse generalmente, tomándolo en ayunas y en la dosis de 3 Mc. cada quince días, hasta conseguir un descenso de los leucocitos a las cifras límites de tratamiento por estas medicaciones o procederes, que suelen ser los 20.000 leucocitos; las últimas tomas pueden ser inferiores a los 3 Mc., para evitar los efectos excesivos de radiactividad.

Tiene menor efecto que la radioterapia; pero, en cambio, es mucho más cómoda su administración y ejerce una acción preferente sobre la medula ósea, y en menor grado sobre los órganos con tejido leucémico, por cuya razón responden mejor a la radioterapia los leucémicos crónicos mieloides, por ejemplo, con gran esplenomegalia, y responden mejor al fósforo radiactivo los que poseen escasa esplenomegalia y un mayor predominio de alteración ósea.

La remisión que se obtiene es también parecida a la radioterapia, pero de menor tiempo. Ha sido muy bien estudiada por numerosos autores, como LAWRENCE, LOWBRE y CARPENTER, que estudiaron cien casos de leucemias, encontrando que al cabo de cinco años se mantenía todavía una supervivencia en treinta y tres casos; al cabo de ocho años, un diez por ciento, y de los cien casos, por consiguiente llevaban una evolución de remisión de más de ocho años veinticuatro enfermos. OSGOD, que es el que preconiza las dosis más intensas de fósforo radiactivo, estudió cincuenta y ocho casos, de los cuales veinte correspondían a leucemia mieloide crónica, y treinta y ocho, a linfática crónica, con una remisión muy buena y de más de un año en treinta y dos de los casos.

Nosotros no tenemos experiencia de este proceder en las leucemias y sólo contamos con un caso de policitemia, al que se le administró el fósforo radiactivo, con una remisión de más de dos años, por ahora.

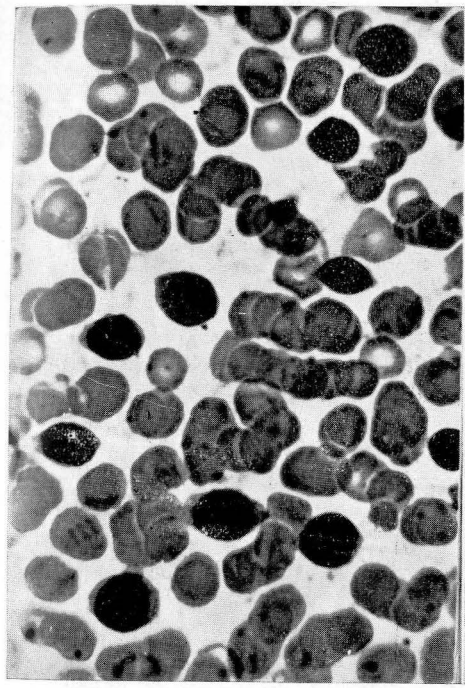
COMPUESTOS CITOSTÁTICOS

Estos compuestos se denominan también antimitóticos o antimitósicos y, por otros autores, radiomiméticos, porque poseen en cierto modo una acción similar a la radioterapia. Son de una trascendental importancia en la terapéutica de las leucemias y su estudio ha experimentado en estos cuatro últimos años un espectacular impulso, motivado también porque no sólo se utilizan para las leucemias, sino en las búsquedas que los investigadores realizan para el tratamiento del cáncer. Se caracterizan todas estas sustancias o compuestos porque actúan sobre las células en mitosis inhibiendo su reproducción celular, y, por consiguiente, todo aquel grupo de células que se encuentren en tal estado de actividad, quedarán paralizadas más o menos, según la dosis utilizada, y producirán el efecto deseado de disminuir su crecimiento en el caso de los tumores, o de paralizarse la repro-

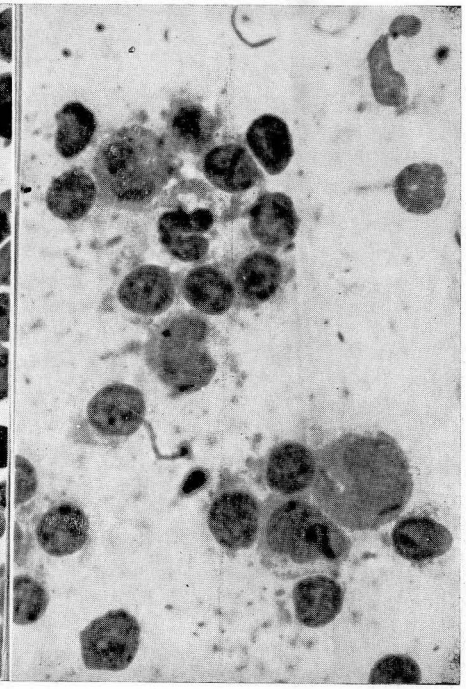
MITOSIS NORMAL		ESTADIOS O FASES	TRASTORNOS DE LA MITOSIS
Procesos morfológicos	*Reacciones bioquímicas*	*Fases*	
Núcleo en reposo.	Procesos metabólicos plasmáticos.	Reposo	
Preparación para la participación del núcleo.	Síntesis de ac. ribonucleico y desoxiribonucleico.	Interfase (transición)	
Eliminación de cromatina.	Polimerización de los desoxiribonucleótidos (ac. timonucleico).	Profase	
Disolución de membrana nuclear.	Proteolisis intracelular	Ordenación asas cromáticas	Profase muy alterada.
Formación asas cromáticas.	Coagulación intracelular.	Metafase	Alteraciones cromosómicas fragmentación, contracción, anomalías
Separación asas cromáticas.	Contractilidad del uso plasma o membrana limitante.	Anafase	Fragmentación. Disgregación o anómala distribución.
Reconstrucción células hijas.	Polimerización del ac. timonucleico y formación de membranas.	Telefase	poliploide. Seudomitosis. Restitución Micronúcleos.

Tomado, en parte, de SIEGENTHALER (*Sch. Med. Wchr.*, 31, 871. 1956).

ducción de las células leucocitarias si se trata de las leucemias. Para DUSTIN, los caracteres fundamentales de estos compuestos serían tres: mutágenos, es decir, que actúan produciendo mutación en la actividad genética celular; inhibidores de la multiplicación celular en el verdadero sentido de antimitosis, y, por último, serían a la vez carcinógenos, es decir, que en ciertas condiciones de dosis, experimentación, etc., podrían dar origen al cáncer.



EJEMPLO DE SANGRE PERIFÉRICA DE LEUCEMIA CRÓNICA LINFÁTICA



EJEMPLO DE SANGRE DE MEDULA ÓSEA EN LEUCEMIA CRÓNICA LINFÁTICA

En nuestro estudio actual nos interesa, sobre todo, considerar las acciones que poseen sobre las células en la actividad mitósica, como son precisamente las células inmaduras de la sangre, tanto en condiciones normales como fundamentalmente en la leucemia, ya que esta enfermedad no es otra cosa que este cambio de células patológicas con una exagerada actividad de reproducción (que ha de ser mitósica por su carácter celular específico), dando origen a la atipia celular en ocasiones o, por lo menos, al enorme predominio de células inmaduras con aumento global y proporcional en sangre.

A este respecto hemos de decir, de manera definitiva, que todas estas sustancias tienen acción sobre la mitosis celular, y dentro de ella, según KÖLLER y CASARINI, actuarían fundamentalmente en la fase anterior o inicial de la mitosis, es decir, que, según MÜLLER, actuarían en interfase y en el período anterior a la mitosis, que HEILMEYER denomina *vorphase*, que en realidad se corresponde al propio período de la interfase. Dentro de este período de la interfase mitósica, las sustancias citostáticas actúan según el grado de concentración de la misma en la propia célula,

según la distinta sensibilidad de las células (de ahí que haya una receptividad distinta para cada célula leucocitaria) y asimismo con el estado de hidratación de los cromosomas nucleares.

La acción patogénica o farmacológica que determinan estas sustancias sobre las células en mitosis para inhibirlas en su reproducción celular no está todavía suficientemente esclarecida, ya que cada sustancia nueva que se experimenta descubre una nueva posibilidad que a lo mejor en las anteriores no existía. No obstante, pasaremos a enumeración a las principales teorías.

Primeramente se supuso, como ocurría en las mostazas nitrogenadas, que sería la liberación del cloro la que determinaría el efecto citostático; pero al estudiarse luego los compuestos etilénicos con acción citostática y sin cloro, se pensó que tanto las mostazas nitrogenadas como los compuestos etilénicos deberían su acción antimitósica al grupo químico funcional etilénico.

Para otros autores, se podría producir una doble acción sobre la mitosis celular por los dos radicales alquílicos alogenados, por ejemplo, en las mostazas nitrogenadas, que produciría en los cromosomas una reticulación causante de no poder experimentar sus fases posteriores de reproducción.

Otra teoría, como afirma VOYLAND, sería más bien mezcla de acción química y física, ya que todas estas sustancias citostáticas, por su gran solubilidad y difusión, penetrarían en el interior de las células, llegando con facilidad a los cromosomas nucleares, y ya sobre ellos entrarían en juego las propiedades químicas citadas. También se acepta, como opina ALEXANDER, que habría una verdadera reacción química entre los grupos funcionales activos de estas sustancias y el ácido desoxirribonucleico, modificándose, por consiguiente, su molécula de ácido nucleico, y al alterarse así químicamente su estructura, la actividad genética no podría mantenerse para la reproducción mitósica.

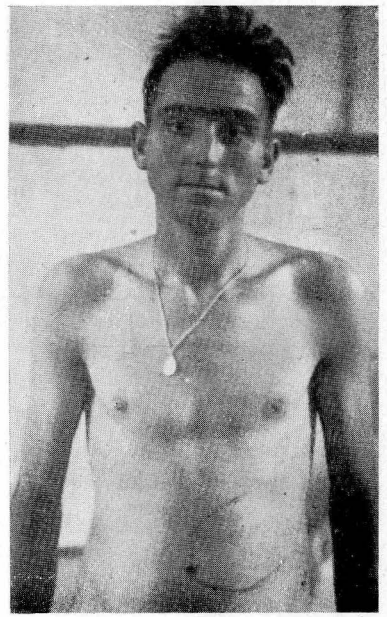
Después de esta breve introducción farmacológica o de rasgos generales, pasaremos a considerar las principales características de estas sustancias o compuestos citostáticos.

Uretano. — El uretano fué ya utilizado en 1885, por SCHNIEDEBERG, y durante numerosos años se ha venido utilizando en la clínica, pero sin pensar jamás que pudiese ser útil en la terapéutica de las leucemias. Fueron HADDOW y SEXTON los que, en 1943, pudieron observar, al prescribirlo en enfermos cancerosos, cómo hacían disminuir el recuento leucocitario; esto puso sobre la pista de sus propiedades leucopénicas y sus posibilidades de utilización en la leucemia. De entonces acá se ha utilizado profusamente en todo el mundo, y son numerosísimos los trabajos y casuísticas con respecto a la acción del uretano en las leucemias. Nosotros mismos, desde 1946, hemos tratado numerosos leucémicos con el uretano y todavía en algún caso suelto lo prescribimos también. Sin embargo, a pesar de su potente acción leucopénica, de su relativa facilidad de administración y de su rápida respuesta, en estos últimos tres años va abandonándose su utilización e incluso algunos hematólogos, como FARRERAS, preconizan su destierro dentro del capítulo de la terapéutica antileucémica.

Nosotros creemos que en algunos casos, y con la suficiente vigilancia y prudencia, puede ser todavía un fármaco de cierta utilidad; se administra generalmente en forma oral, a la dosis de 2 a 6 gramos por día, dosis que si hace diez años se preconizaba en posología alta, cada vez más vamos dándonos cuenta de la mayor eficacia y menor toxicidad con dosis relativamente bajas, que nosotros aconsejamos no pasar nunca de 4 gramos diarios.

Se puede prescribir en forma de sellos de 50 centigramos; en forma de jarabe, o como nosotros aconsejamos siempre desde hace ya bastantes años, en forma de supositorios, cada uno de 0'5 ó de un gramo, administrándolo dos veces al día, primeramente a razón de dos gramos diarios, y cuando la cifra de leucocitos disminuye de los 50.000, bajamos ya a un gramo diario, para suspenderlo tan pronto descienda de los 20.000.

El grave peligro del uretano consiste en que su acción no es específica sobre la mitosis de los leucocitos, sino también de los eritroblastos, y, por consiguiente, se producen con una relativa frecuencia peligros de anemias aplásticas; con un estudio sistemático de sangre y con prudencia podemos evitar estas nefastas complicaciones de anemias aplásticas en los leucémicos. Es más: en algunos casos, nosotros hemos podido apreciar cómo leucémicos con anemias mejoraban de estas últimas sólo por la utilización del uretano, al disminuir la actividad mitósica de los leucocitos afectados.



EJEMPLO DE LEUCEMIA CRÓNICA MIELOIDE (DE NUESTRO ARCHIVO OB. PERSONALES)

El segundo problema del uretano consiste en su poca tolerancia, ya que prontamente los enfermos sienten náuseas, vómitos, trastornos dispépticos, gástricos e intestinales; pero, en nuestra opinión, la utilización por vía rectal y en escasa dosis es, en general, perfectamente tolerada.

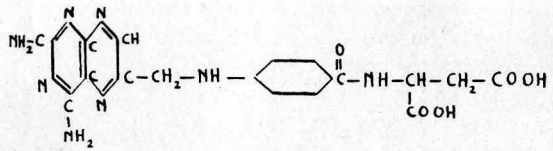
La dosis total de uretano y su tratamiento evolutivo es muy variable; pero, en general, aunque hace diez años algunos autores y hasta nosotros mismos hemos llegado a los 500 gramos en un solo tratamiento prolongado, hoy día se tiende a que no se pase nunca de los 150 gramos en total; una vez que los leucocitos han bajado a menos de 50.000 por milímetro, que se suele conseguir (cuando responde, naturalmente, el enfermo al fármaco), podemos disminuir la dosis a 0'5 gramos diarios o un gramo, y con esta dosis de mantenimiento, proseguir un par de meses aproximadamente.

Mostazas nitrogenadas. — Las mostazas nitrogenadas forman un grupo de sustancias antimitósicas o citostáticas que se estudiaron como consecuencia de los estudios que en la Universidad de Yale se realizaron para ver su acción biológica, y encontrándose con que no solamente se trataba de sustancias vesicantes, sino que desarrollaban una acción tóxica sobre algunos tejidos como el sistema linfático, medula ósea y la mucosa intestinal. Sobre las células en mitosis determinaba su perturbación, y pudo entonces utilizarse en la clínica en enfermedades especialmente del sistema linfático, como la enfermedad de Hodgkin y las leucemias de naturaleza linfoide.

Las mostazas nitrogenadas, que en la enfermedad de Hodgkin tienen, por lo menos inicialmente un espectacular éxito, como nosotros observamos y publicamos hace ya muchos años, en las leucemias sólo en las de tipo linfoide crónico, y con exquisita prudencia, pueden prescribirse. Nuestra experiencia no es nada

ESTRUCTURA QUIMICA DE ANTILEUCEMICOS

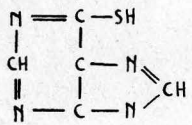
AMINOPTERINA



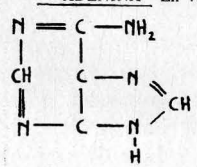
El ác. fólico posee aquí un OH

La AMENOPTERINA tiene, en vez de NH, un CH_3

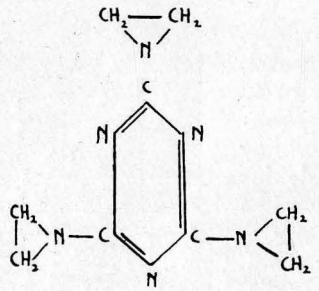
6—MERCAPTOPURINA



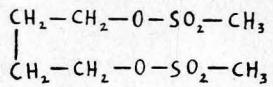
ADENINA En vez de SH tiene un NH_2



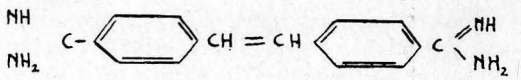
TEM



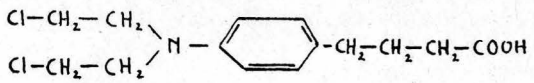
MILERAN



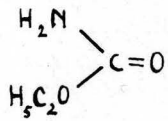
STILBAMIDINAS



CB1348



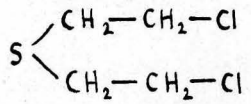
URETANO



MOSTAZAS NITROGENADAS

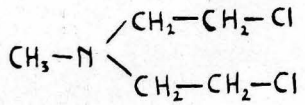
derivadas de la

IPERITA



INYECTABLE

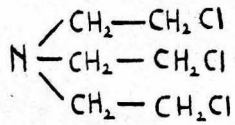
1)—



Dichloren CIBA

METIL-Di-beta-CLOROETILAMINA (Preparado NH_2)

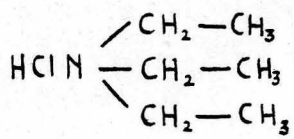
2)—Otro



Nitrostan UQUIFA

Tricloroetilamina

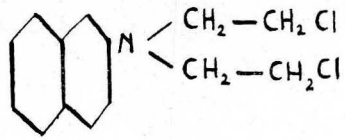
3)—Otro



Clorhidrato de trietilamina (M. N. IBYS)

VIA ORAL

NAFTICLORINAS (Wassermann)



buena con respecto a este preparado en las leucemias, y por eso mismo hace ya mucho tiempo que lo hemos abandonado.

Desde luego, aparte de su acción antimitósica, que puede ser la responsable, tiene una clara acción linfolítica en el organismo, como nosotros mismos, con GANDARIAS, estudiamos experimentalmente en cobayos y observando esta linfolisis en el bazo, ganglios linfáticos y medula ósea. Encontramos además, mediante estudios de determinación de hormona córticotropa en sangre, un aumento de la misma en los enfermos sometidos a tratamiento de mostazas nitrogenadas (por el proceder biológico de JORES), y en los cobayos encontramos una repercusión sobre las suprarrenales claras, al ver, por el método de Giroud, cómo se produciría una descarga de ácido ascórbico de la corteza suprarrenal por la acción de mostazas nitrogenadas.

Por consiguiente, al lado de una función linfocítica y de su naturaleza antimitósica, las mostazas nitrogenadas tienen también un efecto «stress» muy marcado, que puede ser muchas veces una de las causas de la inmediata mejoría que algunos enfermos experimentan de tipo general por este fármaco.

En resumen, las mostazas nitrogenadas no las aconsejamos en las leucemias, y además otros autores también encuentran que la acción tóxica es de tal violencia, que incluso determina fallecimientos, como indican GARDIXAS y WILKIMSON.

Tienen más valor las mostazas nitrogenadas desde un punto de vista teórico, como antecedente de las otras medicaciones citostáticas, que vamos a citar. Por ello citaremos algunas de sus propiedades químicas; las mostazas nitrogenadas se derivan de la iperita o sulfuro de etilo diclorado, denominado gas mostaza, de naturaleza vesicante y que responde a la fórmula de tio éter cloroetílico, con el cual se encontraron las propiedades cistostáticas citadas.

Los preparados inyectables de mostazas nitrogenadas son varios, como, por ejemplo, por inyección, el beta-cloetilaminas, y por vía oral, el beta-nactiletilaminas, que tienen, como se puede deducir de su enunciado, un núcleo cíclico.

El preparado por vía oral se denomina también *nafticlorina* o preparado R-48, bien estudiado por DEBLASIS, DIGUGLIELMO, MATTHEWS y, en nuestra Patria, por PONS y BOTELL. Es la D-beta-cloroetil-beta-natilamina, y forma parte de las denominadas en general nafticloroetilaminas.

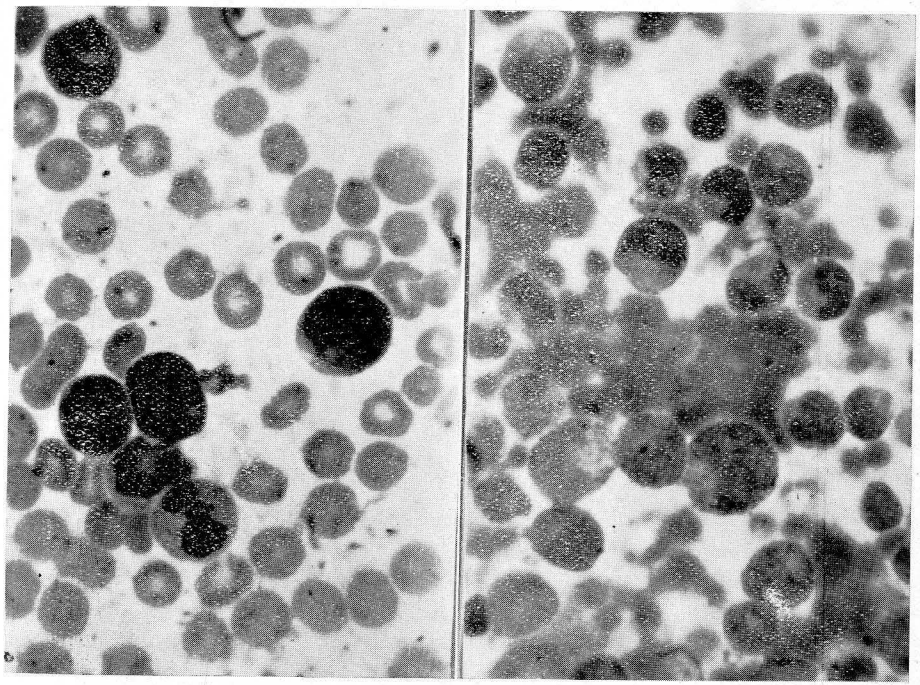
Se utiliza en cápsulas de 100 miligramos, de las que se tienen que dar una a tres al día, cantidad excesiva para lo que suele darse de estos preparados, pero que tiene la ventaja de ser mucho menos tóxico que las otras sustancias.

Los *preparados inyectables* son, por ejemplo, el metil-di-beta-cloetilamina o preparado HN_2 y que tiene dos grupos etílicos y por eso se denominan también bis o di, y los preparados tris son las tricloroetilaminas o preparado HN_3.

Otro preparado es el clorhidrato de trietilamina, que se prepara en nuestra Patria, y otro es el etil-di-cloroetilamina, y así tenemos distintos preparados, todos derivados de las mostazas nitrogenadas, que en cada país se sintetizan con arreglo a la exclusión o inclusión de grupos etílicos o de cloro.

Todos estos preparados por vía inyectable se utilizan a la dosis de 2 a 5 miligramos al día, para el sujeto adulto, duraute cuatro a seis días, bien diariamente o bien a días alternos. Todo sujeto leucémico que no ha respondido a la tercera inyección, ni clínica ni hematológicamente, debe suspender su utilización; aunque respondan y mejoren, tampoco debemos pasar de la dosis que nosotros aconsejamos, por las reacciones tóxicas e incluso mortales que pueden darse posteriormente, como nos ocurrió a nosotros en un caso.

Compuestos citostáticos etilenímicos. — Se trata de otra naturaleza química distinta a las mostazas nitrogenadas, aunque desde un punto de vista farmacológico o patogénico, y de caracteres terapéuticos, sean análogas. Son las que se derivan de poseer un grupo etilenimina que es el que confiere la acción citostática. Como estos compuestos, su acción es parecida a las mostazas nitrogenadas, y éstas también poseen grupos etilénicos parecidos, se supone que la acción de las mostazas nitrogenadas no sería, como hemos indicado al principio de este capítulo, por el cloro, sino porque se produciría en el curso de su acción celular la reconstrucción de verdaderos anillos etilenímicos.



EJEMPLO DE SANGRE PERIFÉRICA DE LEUCEMIA CRÓNICA MIELOIDE (OBSERVACIÓN PERSONAL)

EJEMPLO DE SANGRE MEDULA ÓSEA EN LEUCEMIA CRÓNICA MIELOIDE

Nota. — Este material gráfico de observación personal es de la Clínica Médica Universitaria (Prof. M. Sebastián) de Valladolid.

Tem. — Es el principal grupo etilenímico de acción citostática, y se denomina simplemente *tem*, respondiendo a la fórmula de trietilemelamina.

Tiene tres anillos etilenímicos y es de reconocida acción terapéutica, en especial sobre el tejido linfoide; en la enfermedad de Hodgkin y en las leucemias crónicas linfoides ejercen una acción muy útil para el clínico, y además con relativa escasa toxicidad. Ha sido estudiado por RUNDLES y BOSTON en ciento treinta y cuatro enfermos, de los cuales dieciocho de ellos eran leucemias y linfoma malignos, y pudieron observar el buen efecto del *tem* sobre la leucemia crónica linfoide. Este compuesto se utiliza a la dosis inicial de 4 a 5 miligramos por día (se expende en tabletas de 2 miligramos y también en vía inyectable). Unos auto-

res, como FARRERAS, lo aconsejan en días alternos, y otros en administración cotidiana e incluso separada por doce horas. Nosotros iniciamos la cura siempre con una tableta de 2 miligramos repartida en dos tomas al día elevando hasta 4 miligramos diarios, para, al cabo de unos diez días, disminuir a otros 2 miligramos otra semana, y luego, según los efectos, o damos una cura de mantenimiento, de una tableta de 2 miligramos a la semana, o lo suspendemos definitivamente.

En realidad, la orientación terapéutica de estos preparados no puede hacerse absoluta y general, sino que cada caso requiere su natural prudencia y dosificación. Ante una buena respuesta y baja inmediata de los leucocitos debe rebajarse inmediatamente la dosificación o incluso suspenderla, dejando una simple prescripción de 2 miligramos cada cuatro o cinco días, para mantener las cifras descendidas de leucocitos. Si al prescribirla a un paciente encontramos que a los siete días no ha hecho efecto en absoluto, indica que no es sensible al mismo, y también debe ser suspendido; por consiguiente, sólo se hará una cura un poco prolongada en aquellos pacientes en que la mejoría se inicie pero vaya con lentitud y además con buena tolerancia.

Más de 30 a 50 miligramos no se admite, en general, dar como dosis total, aunque nosotros, en algún caso, hemos dado más con buena respuesta.

Este fármaco tiene una sensibilidad casi específica para la serie linfoide, por lo cual no tiene utilidad en otras leucemias fuera de este cuadro leucocitario.

Tepa. — Es el preparado trietileno fosforamida, y no tenemos experiencia sobre el mismo.

Tio-tepa. — Es el trietileno trifosforamida, bien estudiado por SHAY y colaboradores en 1953, del cual tampoco hay apenas bibliografía ni nosotros tenemos referencia personal alguna.

El *N N'-N"* es un sulfuro derivado del preparado trietileno triofosforamida enunciado anteriormente, que ha sido estudiado muy recientemente por BATEMAN, en 1955, en las ratas leucémicas, obteniéndose resultados satisfactorios, pero que todavía no se ha utilizado en la clínica humana.

El *B. E. P.* es otro preparado antimitósico para las leucemias, citado por FARRERAS VALENTÍ, que posee propiedades citostáticas, en especial en el sistema o serie mieloide, y no sobre el linfoide, pero que carecemos de referencias sobre el mismo.

Mylerán. — Comprende la serie de compuestos citostáticos de tipo de ésteres sulfónicos; se denomina también GT-41 y es el 1-4-dimetil sulfooxibutano, que posee una especial selectividad sobre la serie mieloide (por tanto, tendrá una indicación en las leucemias mieloides) en sus formas mitósicas, y, por tanto, cuanto más inmaduras, mayor especificidad de acción. Tiene el peligro de que no solamente inhibe la reproducción celular de los mielocitos o células análogas como mieloblastos, sino también de los megacariocitos, por lo cual se pueden producir trombopenias secundarias tóxicas, que debemos siempre evitar.

Se administra a la dosis de unos 4 miligramos por día, en dos tomas cada veinticuatro horas y durante uno a dos meses, bastando generalmente los 200 miligramos para que los leucocitos disminuyan a cifras alrededor de los 10 a 15.000, que debe ser el límite o tope en el cual debemos manejar estos compuestos citostáticos.

Si la leucemia se encuentra en fase aleucémica, es decir, con cifras menores

de los 9 ó 10.000 leucocitos, no debe ser prescrito, como nos ocurre con la mayoría de estos preparados.

E-39. — Se trata de un citostático oxialcohol etilenímino benzoquinona de propiedades fuertemente antimitóticas leucopénicas y obtenido por DOMAGK en los Laboratorios Bayer, con la autoridad que este descubridor de las sulfamidas y de tantos otros preparados quimioterápicos famosos nos puede otorgar. Pertenece al grupo de las etileniminobenzoquinonas, que también estudiaron en el año 1956 WOLF y GERLICH.

Tiene la ventaja de que sus rasgos o propiedades citostáticas son sólo sobre los leucocitos y no sobre los hematíes y las plaquetas, por lo cual carece, en cierto modo, de los riesgos de anemias aplásticas y trombopenias.

Después de experimentarla durante un año, WOLF y GERLICH aconsejan la administración de 5 miligramos al día, elevando cada día algo más a razón de unos 5 miligramos más diarios, hasta alcanzar los 40 por día y mantenerlos hasta que se consigue una dosis total de unos 800 miligramos.

Se administra por vía parenteral, disuelto en alcohol o glicol, que actúa como disolvente, pero además diluído luego en cantidad de agua, por lo cual la fórmula es la siguiente:

E-39	10 mgrs.
Alcohol o glicol	1 c. c.
Agua bidestilada o suero fisiológico . . .	19 c. c.

Con los cuidados naturales con estas sustancias, se administrará por vía endovenosa, y las respuestas son muy marcadas en la disminución de los leucocitos; pero todavía apenas podemos tener experiencia ni referencias de sus acciones en amplia casuística.

El *quinos-etilenimina*, estudiado por PETERSEN y GAUSS, sólo ha sido utilizado hasta ahora en experiencias de animales, y en especial sobre tumores.

El *CB-1348* fué obtenido por HADDOW en 1953, que lo comunicó en Londres, y estudiado clínicamente por HANSEN, en 1956, en Dinamarca.

Responde a la fórmula N-di-(2-cloroetil-p-aminofanil butílico), y lo importante de él es el grupo dicloroetilamino que está unido a un ciclo de tipo fenil.

Se ha utilizado en quince enfermos de leucemia crónica linfoide con bastante buena respuesta en todos ellos o en su mayoría, hecho también confirmado, en el año 1956, por BERNARD y colaboradores, que aconsejan prescribir este preparado junto con cortisona.

Se administra a la dosis de 6 miligramos por día, en tabletas de 2 miligramos, tres veces en las veinticuatro horas y durante una temporada de uno a dos meses.

Una vez que se han rebajado las cifras de leucocitos, suele bajarse la dosis hasta una sola tableta de 2 miligramos al día, que puede prolongarse incluso dos o tres meses más.

HANSEN aconseja no pasar de los 200 miligramos en el término de unas ocho semanas.

Concretamente, en su casuística de quince enfermos hubo cuatro casos con remisión muy buena; hubo remisiones dudosas en seis casos, y respuestas nulas en cinco.

Colchicina. — Es un citostático que, estudiado por KAILE y LÖTSCH en 1950, pudieron ver que, aunque tenía propiedades carioclásticas, es decir, antimitóticas,

realmente presentaba signos de tal intolerancia y toxicidad, que dejó de prescribirse.

Ha sido un derivado suyo el *demecolcina,* que es un paralcaloide de la colchicina, el que, estudiado minuciosamente por el hematólogo MOESCHLIN, en la Clínica de Lofler, de Zurich, en 1953, después de su síntesis por «Ciba» en Basilea, se ha introducido en la clínica de las leucemias y nosotros mismos lo hemos utilizado ya en varios casos.

Responde a la fórmula que parangonamos con la de la colchicina y en la que, en vez del grupo acetílico de ésta, posee un grupo metílico, es decir, CH_3. Es treinta veces menos tóxico que la colchicina, y mantiene su principal característica de inhibir la mitosis en su metafase o interfase; se administra a razón de 3 miligramos diarios, durante diez a treinta días, pudiéndose mantener una cura de sostenimiento.

Nosotros, en algunos casos, hemos encontrado una inmediata respuesta, incluso presentaba leucopenia demasiado peligrosa, que nos motivó su suspensión, y en cambio, en otros, después de administrarlo otros tres meses, no tuvimos respuesta alguna, ni hematológica ni clínica. Se puede administrar también por vía endovenosa, y su eficacia es mayor en las leucemias crónicas mieloides.

BOCK y GROSS, en 1953, también estudiaron su utilidad y favorable respuesta a las leucemias mieloides crónicas, y más recientemente, en 1056, ROZMA encuentra un cincuenta por ciento de sus casos de leucemia crónica mieloide con buena respuesta, mientras que los demás resultados son nulos o inciertos. En nuestra Patria, en especial la escuela catalana, con PONS y FARRERAS, han estudiado tambiné su utilización, con una reconocida mejoría de todos estos pacientes, así como ROFMAN, que igualmente ha estudiado cuatro casos de leucemia mieloide crónica.

Sin embargo, no por ello debe dejarse de vigilar la reacción general del sujeto y su respuesta hematológica, con frecuencia, y actuar siempre con la máxima prudencia, ya que nosotros hemos tenido casos de ciertas intolerancias a pesar de su escasa toxicidad, según se manifiesta en la bibliografía.

Las intolerancias suelen ser de aparato digestivo, de intestino y de sistema nervioso.

En general, las sustancias antimitóticas deben utilizarse con las siguientes normas:

1) Siempre que los leucocitos no se encuentren en cifras bajas, es decir, en menos de 20.000.

2) Cuando utilizándose en una leucemia disminuyen con rapidez los leucocitos, debe suspenderse el tratamiento o bajarse rápidamente en su dosificación.

3) Deben realizarse estudios o, por lo menos, en días alternos, de recuento rojo, blanco, plaquetas y fórmula leucocitaria, y tan pronto se observen cambios de peligro, como son la disminución de hematíes o plaquetas o la brusca de leucocitos, como ya hemos indicado anteriormente, la supresión de la medicación.

4) En casos de gravedad del enfermo debe administrarse junto con transfusiones de sangre y ACTH o prednisona.

5) No debe prolongarse un tratamiento más de ocho días, si no se aprecia respuesta alguna favorable ni hematológica ni clínica.

6) No hay inconveniente alguno en utilizar, ante un enfermo leucémico, varios de los preparados citostáticos anteriormente enunciados, puesto que unas veces los enfermos pueden ser sensibles a unos, y otros sujetos lo son a otros, por lo cual no pueden darse normas generales de utilización de tipo concreto ni exacto.

En caso de utilizar un fármaco antimitótico y luego querer utilizar otro, debe esperarse, por lo menos, un período de uno a dos meses de descanso para el organismo enfermo.

En general, debemos empezar por aquellos compuestos citostáticos que tengan una cierta selectividad con arreglo a la leucemia que padezca el paciente; los que son sensibles al tejido linfoide los reservaremos primeramente para las leucemias de esta naturaleza, y viceversa para los mieloides. En el capítulo destinado al tratamiento de los diversos tipos de leucemia volveremos a hacer mención de ello.

7) Antes de iniciar un tratamiento con estos fármacos debemos hacer constar al enfermo o familiares la relativa toxicidad de los mismos y los peligros que puede entrañar su utilización, que se sobreañaden al mal pronóstico que de por sí tiene ya la enfermedad. Ningún clínico puede asegurar jamás que un factor citostático pueda no entrañar un peligro en su utilización; habrá compuestos más o menos tóxicos, pero ni uno sólo es innocuo.

8) Las sustancias citostáticas pueden responder favorablemente ante un leucémico, pero esto no nos obliga a suponer que en las siguientes descompensaciones o activaciones de su leucemia vaya a responder otra vez. Todos estos compuestos consiguen, en una proporción variable, una remisión más o menos completa de la sintomatología y alteraciones hematológicas en general variables desde un mes hasta un año, como mucho; pero la utilización por segunda o ulteriores veces va cada vez siendo menos eficaz, como ocurre con casi todos los procederes que se utilizan en estas enfermedades.

9) La utilización de alguno de estos compuestos puede, en ocasiones, si no responde favorablemente la leucemia, por lo menos colocar al sujeto en condiciones de una nueva mayor sensibilidad a la radioterapia, que anteriormente ya había perdido por habérsela prescrito.

ACTH Y CORTISONA EN LAS LEUCEMIAS

Los fundamentos de la utilización terapéutica del ACTH y cortisona o derivados en las leucemias descansan en dos principios fundamentalísimos: el primero consiste en que estas medicaciones producen sobre el sujeto al que se les administra una acción general de tipo beneficioso, en el sentido clínico, y que está determinado por la marcada acción antiflogística y antirreactiva que dichas hormonas tienen en el organismo enfermo. No vamos a entrar en detalles de estas hormonas, pero sólo diremos que, por su capacidad antiinflamatoria y por la producción de inhibición de los fenómenos reactivos del organismo, suprimen en la mayoría de los casos las molestias generales, anorexia, fiebre, decaimiento, etc. Esta es una acción totalmente inespecífica y fruto nada más de mecanismos íntimos de tipo neurohormonal en todas las enfermedades, y que otorgan buen estado general, recuperación de apetito, desaparición de la fiebre, etc. Ya es sabido y aceptado unívocamente que esta acción general inespecífica de las hormonas no es nunca curativa sino sólo desde un punto de vista patogénico al borrar la tumultuosidad de las propias reacciones del organismo, que si bien son en sentido teleológico defensivas, en realidad, para el paciente, y de forma subjetiva, son verdaderos trastornos o molestias; sin embargo, en numerosos casos de leucemia, como luego consideraremos, nos es casi imprescindible poder llevar al sujeto a este estado especial de bienestar, apiresia, etc.

La otra base o fundamento de su utilización es ya de índole más específica y consiste en las relaciones que estas hormonas y córticosteroides tienen sobre el

cuadro hematológico. Dentro de este segundo apartado, que realmente es el que más nos interesa, analizaremos muy brevemente —puesto que en extensión ya lo tenemos publicado en una monografía— estas correlaciones con el cuadro leucocitario.

1.—En primer lugar, la regulación del cuadro leucocitario guarda íntima dependencia con el estado neurohormonal, fundamentalmente de la hipófisis y suprarrenales; los estudios sobre esta regulación han discurrido ya desde hace muchos años, desde los trabajos, ya clásicos en España, de BAENA, VELASCO, ANDRÉU URRA y nosotros mismos (ROMERO y ROMO), y en el extranjero, por los trabajos de FALTA, HESS, FREY, FLACKS, HIMMEL y ZLOTNIK, STOCKINGERIBERCHTOLD, KOSTERIGESIK, ASCHNER, etc.; con respecto a la hipófisis y a las suprarrenales, son muy conocidos los trabajos de TORN, FORSHAM y colaboradores, BOUGHERTY y WHITE, WELLS y KENDALL, DURGIN y MEYER, VEC y SAMTER, GROSS y SIECK, etc. La enumeración sería agobiadora. Todos ellos demuestran la participación de la hipófisis y las suprarrenales en la regulación del cuadro hemático.

2.—En las enfermedades endocrinas en las que se afectan la hipófisis y las suprarrenales se presentan, aunque en pequeño grado, variaciones del cuadro hemático, en especial en la proporción de linfocitos y serie mieloide.

3.—En el síndrome general de adaptación, el cuadro hemático también sufre oscilaciones dependientes del estado de alarma de adaptación o de agotamiento. Ello no es otra cosa que el fruto de la reacción hematológica a la lucha defensiva ante los distintos «stress» que se interfieren en la fisiología del organismo.

4.—Las hormonas antiflogísticas que son el ACTH, cortisona y prednisona, tienen una acción marcada ya de índole experimental y farmacológica en la clínica sobre el cuadro leucocitario; en primer lugar intervienen sobre la propia fisiología de los leucocitos como sobre la fagocitosis, actitud defensiva, producción de anticuerpos, etc., que han sido estudiados en estos últimos años muy minuciosamente, incluso por nuestro compatriota PELÁEZ.

Además determinan una acción sobre la propia medula ósea, y así, por ejemplo, ASCHKENASY y PENOREY pudieron observar por el ACTH y cortisona una exacerbación del proceso de maduración en la serie mieloide. GROSS estudia en ocho sujetos normales la acción del ACTH y cortisona, encontrando aumento de los eosinófilos en la medula ósea, y por último, más recientemente, en 1956, CECCHI y colaboradores estudian la medula ósea del cobayo por el método de Yoffey, viendo que mediante la administración de estos preparados, en especial cortisona, prednisona y prednisolona, durante siete días, disminuye el número global de las células de la medula ósea, que es mucho más marcado con la cortisona que con el resto de los córticosteroides sintéticos. Si se mantiene la utilización de estos fármacos se puede observar que a las dos semanas experimenta una elevación que, por el contrario, también es más significativa con la prednisona y prednisolona que con la cortisona; este estímulo sobre la medula ósea, a las dos semanas afecta sobre todo a la serie roja y mieloide, y en especial a la serie roja. En el estudio del tejido linfoide se observó que estas hormonas hacen siempre disminuir la formación de estas células leucocitarias.

Por último, el ACTH, cortisona, prednisona y prednisolona tienen una acción totalmente admitida por todos los investigadores y clínicos sobre el cuadro hematológico, en el sentido de la linfocitopenia y eosinopenia que se determina. Tan constante es la eosinopenia, que incluso porque en realidad se produce interviniendo la corteza suprarrenal existe el conocido *test de Thorn,* para demostrar la suficiencia o no de corteza suprarrenal, al observar si se determina una eosinopenia o no consecutivamente a la administración de estas hormonas. Con respecto a los linfocitos, también disminuyen, y aunque lo hacen en un menor grado y no se ha determinado con ello un test de linfocitopenia, el hecho clínico es observado por todos los autores e incluso nosotros hemos tenido dos casos en los cuales nos hemos visto obligados a suspender la medicación hormonal ante la exagerada disminución de linfocitos. Esta acción disminuidora de los eosinófilos y linfocítica en el organismo, como es natural, repercute en el estudio de la terapéutica de las leucemias de manera indudable, como vamos a ver a continuación. Con respecto al test de la eosinopenia, nosotros tenemos una modificación personal al mismo (ROMERO y CARO PATÓN), ya publicada hace varios años, en la cual estudiamos el estímulo del ACTH en forma retardada, con la lectura de eosinófilos en ayunas, antes de su administración y a las veinticuatro horas justas, inyectando 40 miligramos, y determinando los 17-cetosteroides en las veinticuatro horas anteriores a la administración de la hormona y en las veinticuatro horas que ha durado el efecto de su reabsorción de tipo prolongado.

La utilización en las leucemias ha pasado por unos años llenos de vicisitudes, puesto que al principio se ensayó en casos aislados, y como en algunos se consiguieron remisiones, pero fueron los menos, y en cambio en otros el cuadro hematológico apenas varió, casi se abandonó; más recientemente, en estos tres últimos años, se volvió a preconizar al observar que si la mejoría hematológica es escasa, en cambio la mejoría general en ciertas formas, sobre todo graves o agudas, es espectacular y se aconseja prácticamente siempre.

Hemos de hacer en este capítulo, primeramente, algunas *consideraciones* de índole general:

En primer lugar podemos utilizar con estos enfermos el ACTH, la cortisona, la prednisona y la prednisolona. Se puede elegir la medicación más apropiada para el caso; pero, en general, aconsejamos, por su mayor garantía de éxito, la utilización del ACTH, en primer lugar a grandes dosis, para pasar, una vez conseguida la remisión o mejoría del estado general en unos ocho o diez días, a la prescripción de prednisona en forma más asequible para el enfermo y manteniéndola bastante más tiempo. La cortisona tiene más reacciones tóxicas o más peligros (retención de agua en los tejidos, producción de ulceraciones en aparato digestivo, trastornos psíquicos, etc.); por ello mismo nosotros la utilizamos poco, pero en casos de muy apremiante gravedad puede utilizarse durante los primeros días, para cambiar inmediatamente al ACTH.

Las dosis que nosotros aconsejamos son las siguientes: Para el ACTH, y en casos extremadamente graves, 100 miligramos diarios, tres días a seis, y luego bajar a 50 otros tantos, para posteriormente utilizarlo cuatro o cinco días a la dosis de 20 miligramos. Cuando el caso no sea de tal extrema gravedad, se prescribirá a la dosis de 50 miligramos diarios, unos cuatro o cinco días, y posteriormente otros tantos a las de 20 miligramos.

Si se trata de cortisona, tenemos que multiplicar por dos los miligramos que hemos utilizado anteriormente para el ACTH.

Si se trata de prednisona, se prescribirá, los tres a cinco primeros días, en dosis de 20 a 40 miligramos diarios, para bajar de manera progresivamente decreciente a la dosis de mantenimiento, de 15 a 20 miligramos, unos diez a treinta días.

No olvidemos que cuando se realiza un tratamiento muy mantenido con cortisona o prednisona, siempre debemos terminar con una cura, por lo menos de una

semana, con ACTH, para evitar las insuficiencias suprarrenales secundarias a la utilización de estos fármacos; el ACTH actúa por intermedio de las suprarrenales y estimulando la producción de córticosteroides, y por ello mismo es una laudable costumbre terapéutica su utilización final en estos casos.

Se vigilará, como en todos los tratamientos que se practiquen en los leucémicos, el cuadro hematológico, tensión arterial, aparato circulatorio y el digestivo.

En la aplicación a las leucemias se ha visto la relación que guardan estas hormonas incluso en la investigación experimental, puesto que en ratas y ratones que presentaban leucemias experimentales, la adrenalectomía aumentaba su mayor susceptibilidad, e incluso SILBERBERG y colaboradores vieron también esta íntima relación entre el sistema hipofisosuprarrenal en los ratones con producción de leucemia, hecho que ya LEDIN, hace más de diez años, pudo observar en las ratas de la raza «Aæ de Futr», receptivas a la leucemia, viendo que realmente la adición de córticosteroides en los lotes inyectados no ejercía efecto inhibidor, mientras que si en lugar de ser tipo compuesto de Kendall era la 11-dehidro-17-hidroxicórticosterona, inhibió el desarrollo del linfosarcoma del ratón.

Clínicamente, el resultado más espectacular e importante se consigue en las *leucemias agudas*.

En las leucemias agudas se debe realizar obligadamente un tratamiento con estas hormonas y en las dosis que hemos indicado anteriormente, porque nos colocará al sujeto en condiicones más fáciles de remisión y para la utilización de otros fármacos; las transfusiones de sangre y el ACTH o córticosteroides son, pues, terapéutica obligada en las leucemias agudas. Los resultados obtenidos en las distintas casuísticas de los autores son todos ratificadores de esta postura, como, por ejemplo, los trabajos de SPIE, STONE y colaboradores, en el caso de un niño de siete años afecto de leucemia aguda linfoide, en el cual se consiguió una remisión muy completa, y en cuatro leucemias agudas de tipo mieloide, en las cuales no efectuó tanta mejoría, y en cambio en otras tres linfoides de tipo crónico se consiguió una ostensible remisión. PEARSON y ELIEL estudian treinta casos de leucemias agudas, diez en adultos y veinte en niños, consiguiendo en trece casos remisión temporal muy satisfactoria y fracasando solamente en ocho. WINTROBE y colaboradores tratan diez casos de leucemia aguda con ACTH y un caso con cortisona, encontrando cuatro remisiones temporales y un caso de completa remisión. STICKNEY, HECK y WATKINS, en diecisiete enfermos de leucemia aguda, tratan once con cortisona y seis por ACTH, observando solamente dos remisiones temporales en los de cortisona y una en los de ACTH. CAMERON y colaboradores, en nueve casos de leucemia aguda tratados por estos fármacos, cinco fueron de respuesta nula y sólo uno consiguió una remisión bastante completa. DUARTE y colaboradores publican treinta y siete casos de leucemia aguda, de los cuales veinte eran niños y diecisiete niñas, encontrando, en un tratamiento que se prolongó aproximadamente un mes, un 50 por ciento de remisiones temporales. POUYA, en siete casos obtiene tres de remisión clara, aunque en uno se produjo retención de agua e incluso un edema agudo de pulmón. GEYER, HEIN y KEIBL, en dos casos de leucemia aguda, consiguieron una remisión muy completa. KINESLEY y colaboradores, más recientemente, en dieciséis niños con leucemia aguda pudieron observar diez casos de remisiones temporales, y dos de los que apenas mejoraron, sufrieron incluso hemorragia cerebral. DUBOIS-FERRIERE utiliza la cortisona asociada al trietileno y oligometales en un caso de leucemia mieloide aguda, observando una remisión muy completa. STIEYND y MILLES encuentran un 25 por ciento de remisión en todos sus casos, y en general, casi todos los autores observan por lo menos un 30 por

ciento de remisiones en las leucemias agudas, sobre todo infantiles, por estas medicaciones. Más recientemente, MAGRAS y CONSOLI utilizan la prednisona en tres casos de leucemia aguda, con excelente éxito. Nosotros, en nuestra experiencia de leucemias agudas hemos conseguido siempre una remisión, aunque temporal, que no se ha elevado de los dos o tres meses, por la utilización del ACTH con prednisona, que es lo que solemos emplear en estos casos.

En las leucemias crónicas, los resultados son ya más inseguros, y son más claros en las leucemias linfoides crónicas, mientras que en las mieloides, sólo en los casos de agudización o decaimiento del estado general se pueden utilizar. Han sido estudiadas por numerosos autores, como PEARSON y colaboradores, STICKNEY y WATKINS, DUBOIS-FERRIERES, TOUYA, etc, y JIMÉNEZ ASÚA, en Hispanoamérica; WINTROBE, SAUNDERS y ADAMS, etc., y sólo observan una remisión clínica más ostensible en las leucemias linfoides crónicas, y apenas marcada en las mieloides. EARLE, RELLY y DEAN asocian la utilización de estas hormonas a la timectomía en cuatro casos de leucemia linfoide crónica, en que consiguieron una mejoría temporal, pero que luego fallecieron.

En las leucemias eosinófilas, de muy rara presentación, DONOHUE y colaboradores pudieron observar el beneficioso efecto del ACTH, que consiguió disminuir del 95 por ciento de eosinófilos a un 4 por ciento, pero sólo fué remisión temporal, y la nueva medicación de ACTH en la recidiva no consiguió efecto alguno.

En resumen, las medicaciones hormonales de ACTH y córticosteroides son muy beneficiosas en las leucemias agudas y en las crónicas en fase de agudización o mal estado general con fiebre, postración, etc. Deben administrarse vinculadas a la medicación general de transfusiones de sangre, y posteriormente, con los otros procederes terapéuticos de las leucemias.

OTRAS MEDICACIONES

1. *Butazolidina.* — La butazolidina también se ha utilizado desde que, en 1953, HEILMEYER la prescribió en las leucemias, en especial linfáticas, observando que, por sus propiedades analgésicas, antipiréticas y antiflogísticas, conseguía una mejoría del estado general. Posteriormente fué estudiada por KLIIMA, preferentemente en la enfermedad de Hodgkin, y en las leucemias, BICHEL y ROTINO y colaboradores; pero podemos afirmar que no se trata de medicación específica de las leucemias, sino que sólo pueden ser útiles en las enfermedades del sistema linfático y, en especial, en la enfermedad de Hodgkin.

2. *Stiilvamidinas.* — Aunque han sido preconizadas por algún autor, sólo tienen un acierta acción, y no muy pronunciada, en el mieloma.

3. *Polisacáridos de filtrados de cultivos bacterianos.* — Se utilizan en el linfosarcoma, pero en las leucemias no se ha conseguido beneficio alguno.

4. *Las sustancias mielo y linfocéntricas de Miller, Herbert y Jone*, es decir, la aparición en la orina de sustancias o principios opuestos al desarrollo del tipo contrario de leucemia, no se ha introducido en absoluto en la terapéutica de las leucemias y no deja de ser una teoría singular de tipo etiopatogénico.

5. *Vacunas.* — Han sido utilizadas por nosotros en algunos casos de leucemias mieloides crónicas en fase de total remisión, pero en las cuales el cuadro hematológico mantenía una gran elevación de la serie mieloide con muy escasos linfocitos; las dosis pequeñas de vacunas estimulaban ligeramente el sistema linfático

y hemos encontrado unas ligeras mejorías y remisiones de este cuadro hematológico. No deja de ser una tentativa más, que debe manejarse con precaución en los casos de entretenimiento de las remisiones.

6. *Bromuros.* — La cura de polibromuros, que en la dosis clásica que preconizó BAÑUELOS, de:

Bromuro potásico	10 grs.
Bromuro sódico y bromuro amónico, A. A. .	5 »
Jarabe de corteza de naranjas	100 »
Agua destilada	200 »

Mézclese para tomar a cucharadas.

A razón de una cucharada después de las tres comidas, es decir, 3 gramos diarios, es de todos conocida su acción insegura, pero en algunos casos feliz en algunas neoplasias, en especial gástricas, y nosotros, desde hace más de diez años, venimos utilizando como cura de sostenimiento en todos los enfermos tumorales, con marcado éxito, por lo menos en lo que respecta a su evolución más benigna y menos dolorosa.

Esta cura polibromurada de BAÑUELOS la venimos utilizando nosotros, desde hace unos diez años, también en las leucemias, solamente en aquellos períodos en los cuales los pacientes se encuentran en su forma de remisión y compensación hematológica, y como terapéutica de mantenimiento o sostén. No hemos encontrado manifestación tóxica alguna en ella, y como veremos posteriormente en el capítulo de nuestros resultados personales, sólo hemos conseguido con ella beneficios en los pacientes y supervivencias más marcadas que con otros fármacos. Bien es verdad que en realidad siempre nos cabe la duda de si estos pacientes, sin la cura polibromurada, hubieran seguido igual en remisión; pero como con ella se han mantenido en muy buen estado durante meses, incluso años, y en un enfermo ya publicado por nosotros hace años se consiguió una remisión completa que todavía se mantiene, es por lo que aconsejamos su utilización mientras el paciente no aqueje sintomatología tóxica alguna a los bromuros.

La dosis es de 3 gramos diarios, mantenida durante meses y meses, e incluso años, para suspenderla cuando se realicen medicaciones activas o específicas, como son los citostáticos, radioterapia o antimetabolitos. Una vez terminado el período de estas medicaciones más enérgicas, se puede volver otra vez a la cura polibromurada como terapéutica de sostén. Cuando el enfermo lleva más de un año en remisión con los 3 gramos diarios, se puede bajar a 2 gramos diarios, para seguir así indefinidamente.

(Continuará.)

Dirección: Muro, n.º 4. Valladolid.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 394 - TOMO LXVII
ENERO 1959

ENFERMEDAD MENTAL Y «ENFERMEDAD DEL ALMA», SEGÚN LOS ESTOICOS (*)

POR EL

DR. VICENTE PESET

VALENCIA

¿En qué consistirá, oh, Bruto, que constando nosotros de alma y cuerpo se haya inventado el arte de curar y conservar el cuerpo y, por su utilidad, se haya atribuído su invención a los dioses inmortales, y que, por el contrario, la Medicina del alma no haya sido tan deseada antes de inventarse, ni tan cultivada después de ser conocida, antes al contrario sea agradable a muy pocos y odiada y aborrecida por muchos? ¿Consistirá en que juzgamos con el alma la laxitud y el dolor del cuerpo y no sentimos con el cuerpo las enfermedades del alma? Lo cierto es que el alma tiene que juzgar de sí misma cuando está enfermo el mismo instrumento que juzga.

(Cicerón: *Tusculanas*, III, 1.) [1]

El título de esta comunicación requiere una aclaración inmediata. «Enfermedad mental» se refiere simplemente a los enfermos de la Psiquiatría clásica, psicóticos y dementes sobre todo; «enfermedad del alma» designa, por el contrario, un concepto de la Etica griega muy digno de ser tenido en cuenta y que alcanzó su máxima concreción en el estoicismo. Es decir, la primera denominación alude a un concepto (más o menos preciso) con que trabajamos actualmente; la segunda, a otro cuya máxima vigencia quizá haya pasado ya a la Historia. Pero como en una y otra época ha habido enfermos mentales y enfermos del alma, cualquiera que haya sido el nombre que se les diera, siempre resulta interesante ver la relación de unos con otros, es decir, en qué puntos se aproximan y se separan ambos conceptos.

Este y otros problemas se plantean con particular interés en el medio milenio de mayor florecimiento del estoicismo. En realidad, cabría decir que el presente trabajo es una glosa, si no del problema que plantea Cicerón en el párrafo que sirve de encabezamiento (tomado, por lo demás, de Crisipo) [2], sí de los términos que usa al enunciarlo. Se trata, pues, de puntualizar a qué se refería con lo de «enfermedad del alma» y hasta qué punto este concepto hace posible la «Medicina del alma», o sea, la Psicoterapia en su forma más elevada, equiparable quizá a la actual Psicoterapia dialéctica.

* Comunicación al IV Congreso Internacional de Psicoterapia (Barcelona, 1958).

[1] Edición de E. Valentí, publicada por la *Fundación Bernat Metge*, Barcelona, 1950.

[2] Compárese con el texto transmitido por Galeno en *De Placitis Hippocratis et Platonis* (V, 2). Como es sabido, tan importante tratado es una buena fuente para estos estudios.

I

No fueron sólo los estoicos quienes han hablado de enfermedad del alma. Antes y después de ellos se hizo uso de esta expresión, y ello en un doble sentido: como metáfora y como analogía estricta. Con la primera significación, las emociones y los vicios han sido comparados a las enfermedades corporales. Los pensadores griegos, latinos y cristianos han hecho frecuente uso de tal símil [3]; sirva de único ejemplo la comparación que hace Aristóteles de la perversidad con la hidropesía y la tisis, es decir, con enfermedades crónicas, y de las explosiones de la incontinencia con la epilepsia [4]. Pero su consideración como auténticas enfermedades es la que interesa aquí. Aparece muy manifiesta en Platón [5], y como objeto de estudio sistemático, en los estoicos. De una u otra forma, se pretendía describir y dar cuenta de conductas anormales, término con que sólo quiero designar aquellas que se caracterizan por acciones que se salen de lo que suele ser corriente en la vida del hombre. Partiendo del supuesto de que esto corresponde a lo que es natural que haga él, se comprende que hayan sido tenidas por preternaturales. El problema empieza cuando uno se plantea seriamente en qué consiste esa correspondencia con la naturaleza del hombre, porque su solución depende de la idea que se tenga de ésta. Resulta entonces que el criterio para definir la anormalidad se desplaza desde aquella primera consideración ingenua (lo corriente en la vida del hombre) al criterio de qué acciones o tipos de conducta son los propios de él; en suma, a una calificación ética de los mismos. Como fondo común a la filosofía griega, puede decirse que lo propio del hombre es lo que emerge de su naturaleza (*physis* como principio de sus movimientos); y si lo que lo distingue del resto de los seres animados es que esta naturaleza sea racional, lo propio del hombre es obrar conforme a la recta razón. El alma del hombre no sólo se encarga de los movimientos de aumento y disminución propios de los vegetales (vida vegetativa) y de los de sensación y movimiento local, que tienen, además, los animales, sino también de la dirección y manifestación de su vida en todos sus aspectos. Esta es la función del *lógos* (*ratio*), y por esto Zenón decía que el soberano bien es vivir conforme a la razón (*homologoúmenos zên*) [6]; la traducción de esta «homología», hasta donde resulte posible, se comprenderá mejor luego.

Un estudio auténticamente histórico del problema debiera empezar por dar razón de un acontecimiento importante: la filosofía mal llamada postaristotélica deja muy en segundo lugar la especulación sobre las cosas y concentra su atención en el hombre, precisamente para intentar decirle cómo ha de obrar para bastarse a sí mismo. Obedece esto a necesidades de una época, bien conocidas de los historiadores de la Filosofía y en las que no puedo entrar aquí [7]. En pocas palabras: en una situación en que el hombre se siente desorientado, incómodo y angustiado, necesita que se le diga cómo debe vivir. Cuanto diga la Filosofía en otros aspectos, ha de ser puesto al servicio de este objetivo principal. La Filosofía se convierte

[3] Cf. P. LAÍN ENTRALGO: *Introducción histórica al estudio de la Patología psicosomática* (Paz Montalvo, Madrid, 1950). En mi trabajo sobre *Terminología psiquiátrica medieval* (Arch. iberoamericano de Historia de la Medicina, VII, 551, 1955) he citado un significativo ejemplo; más lo es aún el sermón XXIX de S. Vicente Ferrer.

[4] *Ética a Nicómaco*, VII, 8.

[5] Cf. P. LAÍN ENTRALGO: «La racionalización platónica del ensalmo y la invención de la Psicoterapia verbal.» (*Arch. iberoamericano de Historia de la Medicina*, X, 133, 1958.)

[6] Sigo aquí una aguda interpretación de M. Pohlenz (*Die Stoa. Geschichte enier geistigen Bewegung*. Göttingen, 1949. I, 116).

[7] Cf., por ejemplo, la «Introducción a la Filosofía estoica», de JULIÁN MARÍAS, en *Séneca*: «Sobre la felicidad». (*Rev. de Occidente*. Madrid, 1943.)

así en medicina del alma, según expresión de los autores. Y también por la misma razón epicúreos y estoicos aparecen ahora como «filósofos del carácter». Por otra parte, es difícil dar una idea clara de todo el problema dentro de los límites de una comunicación. Para hacerlo, es ineludible generalizar demasiado, y entonces se empieza por hacer traición a la realidad histórica; en efecto, no podía dejar de ser distinta la visión del hombre, su naturaleza y la apreciación de su conducta, a lo largo de los quinientos años en que fué máxima la influencia del estoicismo; de ahí que se suela distinguir en él tres períodos. Además, la misma índole de los conceptos resulta poco adecuada para ser expuesta con alguna concisión y sin dejar de puntualizar algunos extremos también importantes para nuestro tema. Hechas estas salvedades, sentemos en primer lugar algunas premisas que ayuden a comprender lo que hay que decir.

II

En primer lugar, ese ideal de autosuficiencia que la filosofía griega trató de proporcionar al hombre adquiere entre los estoicos especiales características. Según dijimos, una conducta es adecuada si tiene el carácter de conformidad primordial con la naturaleza. Esto ya había sido dicho por otros. Pero ahora esta naturaleza no es sólo la del hombre, o la de cada hombre, sino también la del universo. En efecto, los estoicos lo concibieron a modo de un inmenso ser organizado cuya alma (*lógos* o *hegemonikón*) penetra por todas sus partes. Ella es su ley, que debe ser seguida necesariamente, y gobierna el mundo y sus partes (entre ellas, los hombres), siendo a un tiempo destino y providencia. Por su participación en este *lógos* universal es por lo que el hombre es racional. Y por esto vivir conforme a la naturaleza es vivir conforme a la razón.

Un segundo punto de interés es el corporalismo de la doctrina estoica, sobre todo en sus comienzos. A diferencia del desorganizado materialismo de los atomistas, el universo es concebido como un todo viviente, según queda dicho; hasta Séneca lo compara al cuerpo humano [8]. Como se lee en Diógenes Laercio, distinguían los estoicos un principio activo y la materia pasiva (Platón ya había enseñado que todo lo que es ha de hacer o padecer). Pero tanto uno como otra son «cuerpos». Lo pasivo está formado por los cuatro elementos de Empédocles, que aquí tienen un carácter mudable. El principio activo es la parte más sutil del fuego; de él se originan los otros elementos (*pyr tekhnikón* o fuego creador). Ese fuego creador es concebido como algo viviente y constituye, además, la parte superior del alma. Más o menos modificada, la idea del soplo ígneo o neuma originario como principio formativo se mantiene en toda la escuela. No ocurre lo mismo con la corporalidad atribuída por Crisipo en su extremismo: virtudes, vicios, funciones anímicas, eran cuerpos. Séneca se burlará luego de esto; pero hemos de ver cuán importante resulta esa visión materialista en todo el estoicismo, incluyendo el romano. Cuando los antiguos estoicos hablan de la necesidad de una buena tensión (*eutonía*) de ese neuma para la buena salud del alma, no emplean una metáfora, sino que se expresan en sentido estricto. Por otra parte, ese fuego creador se identifica con Dios y con la razón, y es la semilla de que nacen todas las cosas (*lógos spermatikós*, razón seminal). Así, la razón humana resulta nuevamente una parte de la razón divina o universal, y por esto Séneca decía que la razón no es otra cosa que una parte del soplo (*spiritus*) divino sumergida en el cuerpo del hombre

[8] «Estimo que la naturaleza gobierna la tierra y que la organiza a la manera del cuerpo humano...» (Nat. Quaest., III, 15).

(Ep. 66); muchas veces es citada —especialmente por los romanos— como «demonio» que acompaña al hombre a lo largo de su vida aconsejando y protegiéndolo.

Con algunas variantes, más que todo terminológicas, solía distinguirse en cuerpo, alma y razón. Marco Aurelio adscribía las sensaciones (*aísthesis*) al cuerpo, los impulsos (*hormaí*) al *alma* (*psykhé*) y los principios (*dógmata*) a la razón (*noûs*). Las sensaciones son, pues, afecciones de los órganos sensitivos provocadas por cosas externas, algo pasivo. Estas sensaciones alcanzan a la razón (*hegemonikón*) que está como la araña en el centro de su tela o como el pulpo respecto a sus tentáculos (Crisipo); recordemos que en la mejor ortodoxia estoica es la misma sustancia de la razón la que se difunde por todas las partes del cuerpo. De una u otra manera, la sensación da lugar a una *phantasía*, término que Cicerón tradujo simplemente por *visum* y que hoy se suele deformar llamándolo representación. Zenón la explicó como una huella en el alma (*typosis en psykhé*); Cleantes imaginó esta huella como un aumento o disminución del tono del neuma psíquico, y Crisipo como un cambio más bien cualitativo (*heteroísis*) del mismo, que afectaría al *hegemonikón* como al aire los distintos sonidos. Tales fantasías son examinadas por la razón, que les otorga o no su asentimiento (*synkatáthesis*), función de excepcional importancia para cuanto ha de seguir. Hay un grupo de ellas, las fantasías catalépticas, que lo obtienen en seguida, pues reflejan la realidad de las cosas. Para que esto ocurra se han de reunir una serie de condiciones: la fantasía debe partir de un objeto real de un modo inmediato, debe reproducir todas sus características con exclusión de las que se presten a confusión; la distancia y claridad del objeto deben ser adecuadas; entre los factores internos se requiere el buen estado del órgano sensitivo correspondiente. Toda fantasía que no reúna tales requisitos no puede pasar de mera opinión (*dóxa*) y, como tal, es posible fuente de error [9].

Por otra parte, esa afectación pasiva del alma origina en ella impulsos positivos (*hormé*) o negativos (*aphormé*). Séneca (Ep. 113) explica que ningún animal racional hace nada a menos de ser excitado por la imagen de algo (*specie alicujus rei*); entonces forma el impulso (*impetum*), y entonces el asentimiento (*assensio*) confirma ese impulso. Cuando el impulso se basa en la consecución de un objeto, es apetito o deseo (*órexis*), o su contrario, la aversión (*ékklisis*); si tiene que ver con una acción, sigue siendo impulso. Pero si en este último caso va acompañado del asentimiento (*synkatáthesis*), se llega a una selección racional del objetivo, que es lo más parecido a la voluntad en la Psicología griega (Pohlenz) [11]. Los estoicos consideraron el *hormé* como función del *logikón hegemonikón*. Sin embargo, también los animales tienen un *hormé* que equivale al ciego instinto de la naturaleza; con esta significación hay que aceptarlo en el hombre hasta los catorce años. Este proceso de «animación» humana (*psykhosis*) tendría lugar de manera gradual en el niño, tras el nacimiento, por el contacto continuado con el aire: es la respiración del *pneûma* atmosférico lo que haría que recibiera el *pneumatikón* (otro nombre con que también se designaba la parte superior del alma) [12]. También los fundadores de la escuela reconocieron la vida instintiva como potencia especial; Zenón atribuía al *lógos* no sólo el dominio sobre ella, sino también la decisión sobre su desenvolvimiento; y Crisipo extremó la nota definiendo los instintos como juicios

[9] Cf. Epicteto, IV, 3. Por eso aconsejaba escuetamente Marco Aurelio: Haz desaparecer la opinión (*hypolépsis*) (IV, 7); le parecía cosa fácil desterrar las «fantasías» perturbadoras, como las llama también (V, 2, etc.).

[10] Cf. especialmente Epicteto al principio de III, 2.

[11] Sobre este problema de la voluntad entre los pensadores griegos, cf. Pohlenz, I, 124.

[12] Cf. el glosario de C. R. HAINES en su edición de Marco Aurelio (*Loeb Classical Library*, 1953).

de la razón que daban lugar a una tendencia. Así habría que entender también a Séneca cuando dice que en la parte principal (del alma) hay algo irracional y algo racional (Ep. 92).

III

Vemos, pues, destacarse una y otra vez, y por distintos caminos, la primacía de la razón en todos los aspectos de la vida. Ahora cabría continuar diciendo, en forma esquemática, que así como no hay más que una sola razón, también hay una sola virtud [13] y un solo vicio [14]. Aquella virtud es la *phrónesis* o sabiduría práctica, con que son regidos nuestros actos y de la cual son aplicaciones particulares las demás virtudes. Quienes ostentan una conducta que revela un fracaso de esa sabiduría práctica fueron llamados *áphrones*, es decir, imprudentes, dando a la prudencia su antiguo valor semántico. Después de cuanto llevamos dicho, se comprende que el estado de tales personas fuera considerado preternatural (*parà physin*), y por eso Zenón decía que eran enfermos, precisamente enfermos mentales. De las diversas formulaciones que nos han llegado recojo aquí el enunciado de la paradoja IV de Cicerón: *Hóti pâs áphron maínetai. Omnem stultum insanire*, cuya traducción suele ser: «Todo necio es loco» [15]. Pero precisamente lo que persigo es hacer ver que para la mente estoica había una clara diferencia entre el necio (como enfermo del alma) y el loco (como enfermo mental), a pesar del carácter «material» de ambos tipos de trastorno. Lo que quería destacar Zenón era simplemente el carácter preternatural de ambos estados, aunque ese estar fuera de lo natural lo sea de distinta manera. En el texto citado *áphron* (*stultum*) no es otro que aquel cuya conducta, al separarse de lo que debe ser, revela un fallo de la *phrónesis*. Pero esto pudiera ser atribuído a diversas causas: circunstancias del momento que den lugar a un estado afectivo incontrolado, hábitos viciosos inveterados y, finalmente, estados patológicos del cuerpo; se trata, pues, de un término que engloba conductas no razonables, de las que sólo una parte corresponde a lo que hoy concebimos como enfermedad mental. Por el contrario, *maínetai* (*insanire*) quiere expresar precisamente esto, el enfermo mental, aunque en otros textos pueda tener otras significaciones [16].

En todo caso, el resultado, revelado por la conducta, es el mismo en el caso de la necedad o imprudencia (*aphrosyne*) y en el de la enfermedad mental (*manía*) (Diógenes Laercio). Cuando los latinos digan luego que la ira es una locura breve, o cuando Cicerón (Tusc. IV, 23) y Séneca describan el comportamiento del hombre airado, no hacen sino glosar esto precisamente; por ejemplo, dice el último: «Para que veas que no están sanos los poseídos de la ira, mira su aspecto (*habitum*); pues así como de los locos (*furentium*) son indicios inequívocos el rostro procaz y amenazador, el ceño tétrico..., así también los mismos signos son los del airado: brillan y se encienden los ojos..., etc.» (*De ira*, I, 1).

Analogías y diferencias se comprenderán mejor conociendo las ideas de los estoicos sobre la vida afectiva. Dos grupos de hechos pueden oponerse a que el

[13] Por ejemplo, Séneca: el que es prudente es también templado, etc. (ep. 85).

[14] Séneca: el que tiene un vicio los tiene todos. (De Benef., V, 15.)

[15] Más exacto sería decir «todo imprudente». Cf. CELIO AURELIANO: *Tardarum passionum libri V*, lib. I, cap. V: *Item Stoici duplici furorem dixerunt, sed alium insipientiae genus, quo omnem imprudentem insanire probant: Alium ex alienatione mentis, & corporis compassione* (Ed. de Basilea, 1529, pág. 25).

[16] En las partes II y III (en prensa) de mi trabajo citado antes he tratado incidentalmente de estos términos.

hombre se conduzca conforme a la razón —prescindiendo, de momento, de la enfermedad mental—. Son los embates de la adversidad y los afectos o pasiones (*páthe*). Los estoicos recalcan una y otra vez que si, tanto unos como otros, consiguen desviarnos del camino de la recta razón, no lo logran por sí mismos, sino en virtud de una falsa opinión que formamos en nosotros. No son las cosas mismas las que turban (*tarássei*) al hombre —dice Epicteto (*Ench.*, c. 5)—, sino las opiniones de éste sobre ellas. Veamos esto más de cerca. Los afectos son «impulsos que por su desmesura alteran el orden universal» (Barth) [17]; por esto son algo contra la naturaleza, y el sabio debe estar exento de ellos. Pero esta *apátheia* propugnada por los estoicos no debe ser confundida con lo que hoy suele entenderse por apatía, y sí la total sumisión de tales movimientos del alma a la parte rectora de ésta (*hegemonikón*), según enseñó Epicteto (III, 2). Zenón dió dos definiciones aparentemente distintas del afecto: una *álogos kaì parà physin kínesis psykhês* (movimiento preternatural e irracional del alma), que es la más completa y divulgada; la otra, más breve: *pleonázousa hormé*, impulso desmesurado. La primera es inteligible a la vista de cuanto va dicho a guisa de preliminares; la segunda ofrece el interés de cómo hay que entender esa desmesura. Parece como si, al introducirla, se volviera a la doctrina aristotélica del término medio, cosa que los estoicos rechazaron con unanimidad, según aquello de que «quien está a cien estadios de Kanobas y el que está a uno, están igualmente fuera de Kanobas». Los textos son muchos; he aquí uno, conciso, de Séneca: «No es salud una enfermedad mediocre» [18]. Pero la doctrina estoica establece que todo *páthos* tiene por base una falsa opinión, y esto equivale a decir que es la falsa valoración la que puede sobrepasar la medida; no se trata, pues, de que un impulso se separe de su término medio normal. ¿Es posible concretar más la imagen de ese *páthos?* P. Barth señaló que cuando Epicteto y Marco Aurelio hablan de la plena calma del alma, o Séneca de la tranquilidad (la *euthymía, apátheia* o *ataraxía*, con que los médicos han tenido que trabar conocimiento), se trata de un símil cojo, de una metáfora imperfecta. Efectivamente, si por esto se entiende la quietud, tiene razón Barth. Realmente, en buena doctrina estoica, el alma está en continuo movimiento; el propio Séneca dice: «Así como la llama se yergue recta y no puede abatirse, ni deprimir, ni mantenerse quieta, así nuestra alma está en movimiento, tanto más móvil y activa cuanto más fuerte» (Ep. 39). De nuevo la visión corporalista del estoicismo ilustra con máxima claridad los textos, incluso los de una época a la que el materialismo llegó considerablemente atenuado. El propio Séneca llegó a definir el alma como un soplo (*spiritus*) dispuesto de cierta manera (Ep. 50). Aquel movimiento violento del alma, o sea, del neuma ígneo que invade todo el cuerpo, era muy bien explicado por Zenón mediante un símil: todo afecto es un aleteo del alma, parejo al de un pájaro inquieto (citado por Barth). Todo esto podrán parecer alegorías más o menos poéticas, pero, según iremos viendo, no lo son, sino que tienen por base real la imagen estoica del universo y del hombre. Sólo teniendo presente esto podemos aproximarnos a una comprensión global del asunto.

IV

Decir que los afectos son algo preternatural equivale a calificarlos de enfermedades de la vida psíquica. Cicerón explica que los antiguos creían que la salud

[17] P. Barth: «Los estoicos». Trad. L. Recasens Siches (*Rev. de Occidente*. Madrid, 1930). Hay otra edición alemana posterior.

[18] Ep. 85. Léanse esta epístola y la 110.

del alma consiste en cierta tranquilidad y constancia, y que el estado en que carece de ellas lo llamaban insania, porque en el alma perturbada, lo mismo que en el cuerpo, no cabe la salud (Tusc., III, 4). Todo este fragmento de las *Tusculanas* es de suma importancia para el concepto de enfermedad del alma; como en otro lugar, ya citado, he reproducido *in extenso* un pasaje fundamental, me limitaré ahora a unas líneas en que se expresa esto: «De la misma manera que cuando la sangre está viciada o hay exceso de pituita o bilis nacen en el cuerpo las enfermedades (*morbi*) y los males crónicos (*aegrotationes*), así la conturbación producida por opiniones falsas y los conflictos entre ellas despojan al alma de su salud y la perturban con enfermedades (*morbus*). Las «perturbaciones» provocan primeramente las enfermedades que los estoicos llaman *nosémata*, y los estados opuestos a éstas, estados que suponen una aversión viciada y disgusto por objetos determinados; después, los males crónicos que los estoicos llaman *arrostémata* y las aversiones contrarias que igualmente les corresponden» (Tusc., IV, 10). Según esto, habría que distinguir entre enfermedades agudas y crónicas del alma; pero no todos los autores actuales están de acuerdo en que consista sólo en esto la diferencia entre *nósema* y *arróstema*. Sin embargo, también Séneca sigue una separación paralela a ésta, distinguiendo entre enfermedades del alma (*morbi animi*) y afectos (*affecti*): las primeras son vicios inveterados, como la avaricia o la ambición; y las define brevemente como «pertinacia del juicio en el mal». Los afectos son movimientos reprobables del alma, súbitos y violentos, que si se hacen frecuentes y son descuidados pasan a enfermedad, de la misma manera que un catarro al principio sólo produce tos, pero si persiste puede dar lugar a la tisis (Ep. 75). Sea como fuere, tengo que insistir en esto: no se trata de enfermedades en sentido metafórico, sino en sentido estricto, de auténticas enfermedades. Cicerón se dió cuenta de esto cuando se resiste a traducir literalmente *páthos* por *morbus* [19]. Pero más claramente todavía en un pasaje que no recuerdo haber visto citado a este respecto; es cuando dice: «Y por usar de alguna comparación tomada de la salud corporal, *aunque sin extremar el símil tanto como hacen los estoicos...*» [20] Enfermedad del alma y Medicina del alma no son alegorías, sino auténticas realidades. Marco Aurelio (VIII, 13) llamó *pathologeîn* al estudio de las primeras, y ya Crisipo había escrito un *Therapeutikós* para dar remedios con que curarlas, según testimonio de Galeno.

Nos movemos en un terreno en que Fisiología y Psicología son una misma cosa [21]; sería curioso compararlo con otras ocasiones en que se intentó esto mismo; por ejemplo, la de Cabanis y nuestro Mata. Lo que aquí interesa es hacer ver que sólo de aquella manera resultan comprensibles las excelentes descripciones estoicas de los afectos, muchas de las cuales, es cierto, se usan hoy como tópicos, pero también las oímos a nuestros enfermos. Pueden seguirse muy bien en el libro IV de las *Tusculanas*; mas no puedo dejar de recordar ahora la magnífica obrita del deán Martí *Perì pathôn sive de animi affectionibus liber* [22], excelente guía en estos asuntos, aparte de su valor filológico. Se distinguían cuatro fundamentales: el desplacer o tristeza, el placer, el temor y el deseo; de ellos se derivaban los

[19] En *De finibus*, 35, III; *Tusc.*, III, I y otros sitios.

[20] Tusc. IV, 12. Esta versión es de Menéndez Pelayo. El texto dice: *Atque ut ad valetudinis similitudinem veniamus eaque conlatione utamur aliquando, sed parcius quam solent Stoici.*

[21] En lo que hace a terminología, Laín ha insistido en la absoluta necesidad de manejar bien los términos «físico» y «somático». «*Psíquico* —dice— se opone —polar, no contradictoriamente— a *somático;* respecto a la naturaleza o *physis* del hombre, lo psíquico y lo somático son modos de su realidad física.» *L. c.* (Introducción...), pág. 116.

[22] Incluída en sus obras completas editadas por Mayáns. Hay una edición (Madrid, 1735) independiente.

demás con una finura de detalles que no deja de llamar la atención. ¡Cuánto se enriquecería nuestro lenguaje científico si se tomasen en consideración versiones adecuadas de aquellos conceptos, tan ricos en matices! Placer y desplacer se refieren a algo presente; temor y deseo, a cosas futuras. El placer es descrito como una elevación del alma, o una efusión de la misma. Respecto al desplacer, hace notar Barth que Cicerón tradujo *lypé* por *aegritudo*, con cuya palabra se alude tanto al desplacer espiritual como al corporal; fué descrito como contracción (*systolé*, contractio) de alma, o su hundimiento (*ptôsis*), disminución (*meíosis*), o aflojamiento (*lysis*). Hago constar estos términos, que tomo del autor alemán, por ser familiares a los médicos. Si recordamos que los afectos tienen su origen en una opinión errónea que formamos, se comprenderán bien las definiciones del desplacer (tristeza) como opinión reciente (*dóxa prósphatos*) de la presencia de un mal, no de su íntegra realidad, y del placer como opinión reciente de la presencia de un bien. En ambos casos, la fantasía subyacente al impulso ha de conservar su carácter de reciente, no ya en sentido puramente cronológico, sino en cuanto a su vigencia en la persona. Para la Medicina del alma, este punto era importante, pues da razón de por qué el tiempo cura esos afectos [23] o de la oportunidad de iniciar su tratamiento. También aquí el corporalismo tenía algo que decir: Crisipo explicó la atenuación de la tristeza por el tiempo mediante una debilitación de la «contracción» del alma.

V

Ese carácter de opinión, de conceder asentimiento a lo que no lo merece, es típico de la enfermedad del alma. Es, pues, un «torcimiento de la razón» (Diógenes Laercio), es el alma lo que enferma y no otras cosas. Epicteto, por ejemplo, compara el alma (*psykhé*) con un recipiente que contiene agua, y a la «fantasía» con un rayo luminoso que la atraviesa; si el agua es movida, dice, parece que lo sea el rayo de luz, cuando no es así, sino que el espíritu (*pneûma*) es quien está en confusión (Epicteto, III, 3). Los afectos dependen de nosotros en cuanto los define un asentimiento; sólo en tal sentido cabe decir que sean voluntarios. Séneca distingue muy bien sus momentos: «No consiste, pues, el afecto en conmoverse por las impresiones (*species*) recibidas de las cosas, sino en entregarse a ellas y proseguir aquel movimiento accidental. Si alguien cree que la palidez, las lágrimas... o alguna otra cosa parecida son indicios de un afecto y signos de un estado del alma, se equivoca y no comprende que son movimientos del cuerpo... La ira no solamente ha de moverse, sino correr, puesto que es impulso (*impetus*), y el impulso no es posible sin el asentimiento del alma (*assensu mentis*).» (*De Ira*, II, 3.) [24]

Así concebida, esta idea tan concreta de la enfermedad del alma es interesante para la Psiquiatría por más de un concepto. Muchas conductas anómalas y muchas reacciones vivenciales anormales caen dentro de sus límites. Aduciré un ejemplo representativo. La Psiquiatría siempre a prestado atención a las reacciones provocadas por las catástrofes; por ejemplo, las descripciones de Stierlin a propósito del terremoto. Pues bien: disponemos de una breve, pero significativa descripción de Séneca acerca de las repercusiones mentales del terremoto de Campania. En sus *Nat. Quaest.* (VI, 29), las explica así: «Si fué el miedo lo que hizo que

[23] Séneca: *De ira*, II, 29.—Un análisis del carácter de «reciente» puede verse en P. MILTON VALENTE: «L'Étique stoïcienne chez Cicerón.» (*Tesis de París*, 1956), pág. 273 ss.

[24] También es muy significativo el fragmento de Epicteto transmitido por Aulo Gelio (XIX, 1), que no incluyo por su extensión.

algunos corrieran de acá para allá como insanos y atónitos (*insanis attonitisque*), el miedo que ya cuando obra moderadamente sobre ciertos sujetos conmueve las mentes (*excuti mentes*), ¿qué tiene de particular, cuando el pánico se apodera de toda una población, cuando se desmoronan ciudades, son aplastados sus habitantes y tiembla la tierra, que se trabuquen las almas, abatidas por el dolor y el miedo? No es fácil dejar de delirar (*desipere*) en medio de los grandes males. Por eso, los caracteres más débiles suelen espantarse tanto que salen fuera de sí. Ciertamente, nadie padeció terror sin alguna merma de su salud mental; y el que teme es parecido al loco (*furentis*); pero a unos el miedo les permite volver pronto en sí mismos; a otros, los perturba con mayor violencia y los lleva a la demencia (*dementiam*). De ahí que en las guerras se vean locos (*lymphatici*) errantes, y que nunca se encuentren más profetas que cuando el terror mezclado con la religión conmueve las mentes.» La analogía expresa con el enfermo mental (*furentis*) y el hecho de tratarse de cosas en que más importa la opinión que ellas mismas (una muestra de la dureza del estoicismo), inducen a interpretar tales conductas como enfermedades del alma, no como enfermedades mentales. La comprobación la da el propio Séneca al aprovechar la ocasión para exhortar la firmeza de ánimo.

Las consecuencias son importantes. Aquí cabe destacar el hecho de que la enfermedad del alma es susceptible de un tratamiento que debe guardar las normas del arte médico. Por esto la pregunta de Cicerón «¿Se podrá curar el cuerpo y no habrá medicina para el alma?», es respondida afirmativamente. La naturaleza, dice Cicerón, no fué tan enemiga del género humano que habiendo descubierto tantas cosas saludables para el cuerpo, no hallase ninguna para el alma. En esto se habría mostrado más generosa, pues los remedios para el cuerpo hay que buscarlos en el exterior, al paso que la salud del alma está incluída en ella misma (Tusc., IV, 27). Tal medicina, decían, es la Filosofía. Epicteto comparaba la escuela del filósofo a un hospital (III, 23), y se decía de una de las grandes bibliotecas de Alejandría que tenía sobre su puerta este rótulo: *iatreîon tês psykhês* (clínica del alma). La Filosofía quita opiniones erróneas y fortalece el alma; cada mal requiere distinto remedio, cuyo detalle puede verse, por ejemplo, en el ya citado libro IV de las Tusculanas. Pero la Filosofía no interesaba como estricto saber, sino como guía de nuestros actos; la lectura de las obras de Séneca sugiere innumerables comentarios sobre todo esto. Finalmente, en Boecio, muy influído por el estoicismo, puede seguirse, paso a paso, uno de estos tratamientos: la necesidad del diagnóstico, los remedios oportunos en cada momento, su dosificación, etc. Por mi parte, debo contentarme con estos apuntes en espera de la publicación completa de las investigaciones que está haciendo LAÍN sobre la acción terapéutica de la palabra.

VI

¿Y las enfermedades mentales en sentido estricto? Si para los más genuinos representantes de la escuela estoica también el alma es «cuerpo» y sus enfermedades aleteos o desviaciones del neuma ígneo que la constituye, ¿en qué radica su diferencia con aquellas enfermedades del soma que se manifiestan por alteraciones de la conducta? Porque esto era cosa ya sabida entonces. Como aquí me ocupo de la delimitación de conceptos, no de diagnósticos diferenciales al uso médico, habrá que explicar cómo también la ética estóica permita establecer una fundamental distinción. Ya hemos visto la respectiva importancia del asentimiento y de la opinión en el adecuado gobierno de la conducta del hombre. En el estoicismo se hacía mucho hincapie entre las cosas por las que debemos preocuparnos, en orden a lograr una

vida virtuosa conforme a la razón, y aquellas que no merecen esa atención; es el núcleo de la teoría de los bienes. Así, Epicteto ha expresado con toda claridad (por ejemplo, al principio de su *Encheiridion*) la distinción entre lo que es propio al hombre, es decir, lo que depende de nosotros y lo que le es extraño (lo que no depende de nosotros). Pero, dejando de lado importantes consecuencias de orden estrictamente moral [25], indiquemos que señala como pertenecientes al primer grupo, nuestras opiniones, impulsos, apetitos y aversiones; en suma, todo lo que es obra (*érga*) nuestra. Por el contrario, en la enumeración de lo que escapa a nuestro control, cita en primer término nuestro cuerpo. He aquí, pues, la posibilidad de una importante distinción entre la enfermedad del alma y la enfermedad mental. La primera, que hoy llamaríamos —principal, aunque no exclusivamente— afecto o vicio inveterado, es algo «voluntario», en el sentido ya indicado de que dependen de una opinión falsa, de un asentimiento mal concedido; las segundas (que figuraban con los mismos nombres que usaban los médicos: melancolía, frenitis, etc.), son algo que no dependen de nosotros (*aproaíreton*).

Que esto lo veían claramente, lo demuestra la Ep. 94 de Séneca con su conocida cita de Aristón. Señala éste que entre la «insania pública» y la que tratan los médicos no hay otra diferencia sino que en ésta se padece por enfermedad (*morbo*) y en aquélla por opiniones falsas. La insania que tratan los médicos tiene por causa una enfermedad del cuerpo (*valetudine*), la otra es una enfermedad del alma (*animi mala valetudo*). Los preceptos son inútiles en la enfermedad mental (*furor*), y lo que hay que hacer es curar la bilis negra para quitar la causa de la locura. Lo mismo hay que hacer con la locura (*furor*) del alma: hay que curarla primero, si no los consejos serán palabras inútiles. Séneca no está completamente de acuerdo en esto de que los preceptos sean absolutamente inútiles en todos los enfermos mentales y hace observaciones de que me ocupo en otro lugar. Esto parece suficiente para lo que me proponía; por ello huelga la discusión de un texto casi paralelo de Cicerón (Tusc. IV). Pero antes de terminar no estará de más la indicación de que, si bien cosas distintas, las enfermedades del alma y las enfermedades mentales podían tener sus relaciones. Entre otras, señalaré que, como sabían muy bien los médicos, los afectos influían en las enfermedades del cuerpo, incluso podían producirlas. Una vez más, entre las enfermedades del cuerpo figuran también las mentales. He aquí una breve cita de Séneca sobre ello: «Vale más ponderar a cuántos perjudicó la ira: unos se rompieron las venas por acaloramiento excesivo... o, enfermos, recayeron en su enfermedad. Muchos continuaron en la locura (*furor*) de su ira y no recobraron jamás la razón que habían desterrado de sí. A Ayax, la locura (*furor*) lo llevó a la muerte; y a la locura, la ira.» (*De ira*, II, 36.) Apenas necesito indicar que también los médicos llamaban *furor* o *manía* a una determinada enfermedad mental. Y que cuanto aquí se dice de la ira podría ser trasladado al amor y demás afectos estudiados luego entre las «cosas no naturales» de la Patología galénica.

* * *

El problema que acabamos de examinar con toda la brevedad posible, podría ser *resumido* así: Se trata de dos grupos de conductas que pueden tener el mismo aspecto, porque tanto en la enfermedad del alma como en la enfermedad mental los actos revelan, en último término, un fallo de la *phrónesis*, prudencia o sabiduría práctica. ¿Es posible una delimitación conceptual según las tesis estoicas? La doctrina de esta escuela permite dar una respuesta afirmativa. La enfermedad del alma tiene su origen en algo que depende de nosotros: las «opiniones» erróneas. La enfermedad mental, en algo que no depende de nosotros: el estado del cuerpo. Apenas es preciso insistir en que ambas aserciones han de ser tomadas en el sentido de la Etica estoica.

[25] Dice, por ejemplo, Epicteto (IV, 5), que educarse es aprender lo que es propio de nosotros y lo que no es propio de nosotros.

NOTA. — En prensa este trabajo, me llegan dos que merecen la atención del lector interesado en el tema: el de W. LEIBRAND, *Die Stellung der stoischen Affektenlehre innerhalb einer Geschichte der allgemeinen Psychopathologie* (Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina *8*, 33, 1956), que destaca el interés de la doctrina estoica en relación con la Psicopatología de hoy; y el capítulo *La fantasía cataléptica de los estoicos*, que forma parte de una de las obras hasta ahora inéditas de J. Ortega y Gasset (*La idea del principio en Leibnitz*... Bibl. de la Revista de Occidente, 1958) e ilustra magistralmente uno de los conceptos más difíciles e importantes del estoicismo.

Y aun hay que agregar lo siguiente: el esperado libro del P. Laín Entralgo (*La curación por la palabra en la antigüedad clásica*. Madrid, 1958), inestimable por tantos conceptos, me ha deparado la sorpresa de la brevedad con que se refiere a los estoicos. Tal referencia, no exenta de cautela, se ajusta al objetivo del libro, como es natural. En tal sentido, efectivamente, quizá no haya novedad verdaderamente sustancial en la psicoterapia estoica, como ocurre en tantos lugares del estoicismo. Pero en el movimiento estoico culminan ciertas direcciones del desenvolvimiento de motivos y conceptos que figuraban en filosofías anteriores, unos como incoados, otros de manera más explícita aunque con diverso grado de sistematización. Por otra parte, la influencia de esa escuela en pensadores de épocas posteriores ha sido grande. Teniendo esto en cuenta, resultaría muy grato que el profesor Laín se animase a darnos una continuación de su libro, tarea para la que está tan singularmente calificado.

SUMMARY

The problem we have just finished to consider with the most possible briefness could be summarized in this way: There are two different groups of behaviours which can have the same aspect, because as well in the "illness of the soul" as much in the mental illness the acts reveal, in the last instance, a failure of the phrónesis, *or practical wisdom. In spite of its "corporalist" view of the universe, is it possible a conceptual differentiation, according to the Stoic doctrine? The thesis of this school permit to give an affirmative answer, The illness of the soul takes its origin in something which is under our control: the false "opinions"; the mental illness, in something which is not under our control: the condition of the body. Both assertions must be understood in the sense of the Stoic Ethic.*

Dirección: Cirilo Amorós, núm. 90. Valencia.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 394 - TOMO LXVII
ENERO 1959

ESTADO ACTUAL DE LA CIRUGÍA DE LA SORDERA (COFOCIRUGÍA)

POR EL

DR. JOSÉ SÁNCHEZ ARNEDO

MÉDICO MILITAR POR OPOSICIÓN

ALGECIRAS

La cofocirugía ha tomado carta de naturaleza entre las llamadas cirugías funcionales, y ya establecida con reglas seguras, va aumentando el número de los que la practican; si al principio hubo escépticos, incluso quienes se lanzaron a esta cirugía sin adquirir los conocimientos necesarios, sin el instrumental imprescindible, que en vez de reconocer que eran ellos los que fallaban, no los métodos, ni las técnicas, dedicaron sus energías a desaconsejar en sus pacientes técnicas que hoy se admiten como buenas, los otólogos bien orientados tratan de adquirir los conocimientos precisos y el instrumental adecuado, para conseguir el fin de poder devolver unos seres, incapaces socialmente, a una sociedad, donde tienen una misión que cumplir, un trabajo que hacer, y un alma, que asomándose al exterior, por medio del oído, les devuelve la confianza en sí mismos, ya no se aislan de sus semejantes, dejando de ser huraños, suspicaces y recelosos.

Este es el motivo que me impulsa a mostrar cómo se encuentra esta cirugía funcional, que podemos decir es ya mayor de edad, y que desde hace meses he venido practicando, y ayudando al lado del doctor MOZOTA SAGARDÍA, en Santander, que ha sido quien me ha orientado y enseñado en todo lo referente a esta especialización, agradeciéndole desde este trabajo las múltiples intervenciones en que le ayudé y sus magistrales consejos que he aprovechado con todo interés, dominando, gracias a él, todo lo referente a las diversas intervenciones de esta cofocirugía, fenestraciones, movilizaciones, cirugías de las ventanas, tímpanoplastias, etc., etc.

ESTADO ACTUAL DE LA CIRUGÍA DE LA SORDERA

Actualmente, la cirugía de la sordera ha experimentado un gran avance, dado el arsenal terapéutico de que disponemos; si a esto le sumamos las modernas técnicas quirúrgicas (movilización de estribo, tímpanoplastias y fenestraciones) nos encontramos ante un camino que antiguamente era insospechado, y de un valor real que nos hace sentirnos orgullosos de hacer un bien a la humanidad, devolviendo la audición a enfermos que habían perdido toda esperanza y se encontraban desamparados ante todo tratamiento.

En primer lugar, tenemos los antibióticos, evitando las infecciones de oído medio y mastoides, descartando las secuelas, que hacían, casi seguro, sordos sin solución. Por otro lado, las infecciones que se producían indefectiblemente al abrir el oído medio, y producían laberintitis supuradas en cuanto se abría el laberinto o se actuaba sobre venta oval, proscribió toda esta cirugía, antes de la era de los antibióticos, que en cambio permite actualmente unas intervenciones sin riesgo, ni en cuanto a la intervención, ni en lo que se refiere a la cicatrización.

La cirugía de la sordera de transmisión actualmente abarca diversas técnicas, que permiten una recuperación de la función auditiva; cuando hay anquilosis de la cadena de huesecillos, que no sólo transmiten el sonido, sino que lo impiden, al estar enfermos ellos o sus varias articulaciones. Asimismo, permite reconstruir el tímpano perforado, o suplir la función de éste y los huesecillos cuando, alterados o destruídos, se precisa hacer un nuevo aparato de transmisión en el oído para que las ondas sonoras alcancen las terminaciones del nervio coclear.

PROCEDIMIENTOS CON QUE SE CUENTA PARA ESTA CIRUGÍA

La anestesia local, con el uso de la adrenalina, permite, con la debida preparación, trabajar en un campo totalmente exangüe. La anestesia con hipotensión controlada; el uso de suero (irrigadores con suero salino adrenalinado, al que se añade penicilina); el empleo de adenocromos y derivados; la aspiración intermitente, que evita la caída de polvillo óseo dentro de las fenestras quirúrgicas, para impedir la osteogénesis; el punto variado en que ha de hacerse la fenestra, señalado por diversas escuelas, con objeto de situarla donde haya menos poder ósteogenético; el empleo de hidrocortisona en las curas para inhibir la fibrosis; el uso de esponjas de gelatina, de esponjas de mar estériles, como curas compresivas elásticas absorbentes, permite hacer diversos procederes para cada clase de operaciones, de las indicadas en cada tipo de sordera de transmisión.

Los injertos cutáneos de diverso espesor, según la misión que han de desempeñar (finos, si han de aplicarse sobre una fenestra; gruesos, si han de regenerar un nuevo tímpano); el uso de diversos materiales absorbibles; la hialuronidasa; los antihistamínicos de acción selectiva sobre el laberinto, completan los medios auxiliares de suma utilidad en esta cofocirugía.

Sin embargo, lo más importante es el uso de los antibióticos, penicilina en general, en movilizaciones y fenestraciones, con caja previamente cerrada; el antibiótico mostrado eficaz, con antibiograma, en los casos con tímpanoplastias para anular la acción del germen o gérmenes que actuaron en la otitis crónica, causante de la afección, que requiere una cirugía restauradora de oído.

CLASES DE OPERACIONES

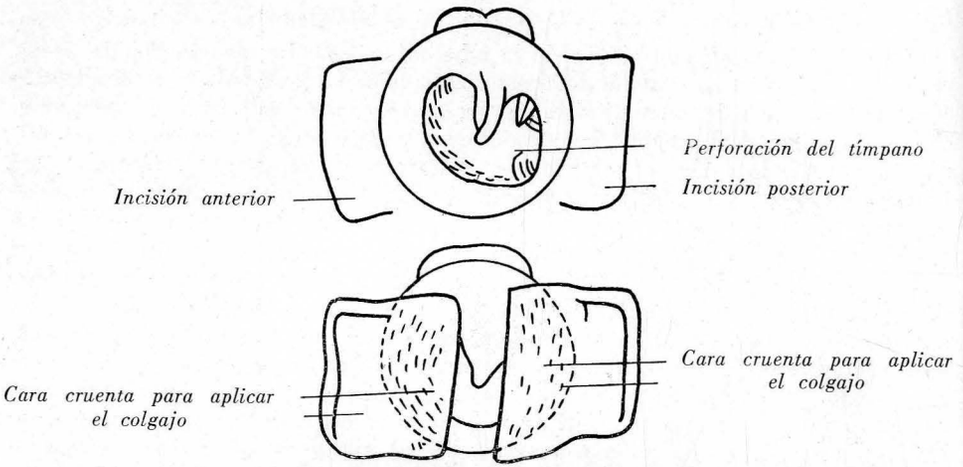
Las operaciones que clásicamente se hacen para esta cirugía se agrupan en tres tipos, didácticamente, aunque hay de ellas tales modificaciones, que se precisa revisar todos los días la literatura de la materia, para conocer todos los avances de la misma.

En primer lugar, la *fenestración timpanolaberintopéxica*, que, practicada para combatir la sordera producida por otoesclerosis, ha ampliado sus indicaciones en atresias de oído, casos de fibrosis, tímpanoesclerosis y algunos casos en que fracasa la tímpanoplastia, o, directamente, en algunas tímpanoplastias. Consiste en abrir una nueva ventana, en el conducto semicircular horizontal en determinadas condiciones, en determinado sitio, y trabajar de tal forma que, sin lesionar el conducto membranoso, se mantenga abierta la fenestra de modo permanente, sin producir

reacciones laberínticas serosas, como consecuencia de las manipulaciones de la intervención. Un colgajo timpanomeatal o injerto libre viene a cubrir la fenestra abierta.

La ventana redonda funcionando, y protegida por el tímpano, que deja una cámara de aire entre dicha ventana redonda y él, hace que exista una diferencia de fase entre ella y la nueva ventana oval, al llegar la onda sonora a la perilinfa y, por ende, a la endolinfa y órgano de Corti.

En segundo lugr, las llamadas *timpanoplastias*, de las que hay varios grupos según la lesión del oído medio: si ésta sólo afecta al tímpano, o afecta al mango del martillo, o a la cadena osicular de manera más extensa; si hay continuidad entre el yunque y el estribo; si está destruído el estribo, o si hay un bloqueo de la ventana redonda; en fin, todo esto se valora para los cinco tipos de intervenciones que con este nombra van de la sencilla miringoplastia a la intervención que de mano vamos a hacer acabar en la misma sesión operatoria con una fenestración.



ESQUEMAS MOSTRANDO LOS COLGAJOS SACADOS DE PAREDES ANTERIORES Y POSTERIORES DEL CONDUCTO AUDITIVO, SOBRE CUYOS COLGAJOS REANVERSADOS SE APLICARÁ EL COLGAJO LIBRE DE PIEL COMPLETA, PARA CERRAR LA PERFORACIÓN TIMPÁNICA

Como las indicaciones de las timpanoplastias son las otitis medias crónicas supuradas y sus secuelas, no debe nunca el cirujano posponer el peligro de la vida del enfermo a tratar de obtener en una sola sesión una recuperación funcional. Primero, tratar, si hay, un colesteatoma, un fungus, un absceso epidural, y en un segundo tiempo, cicatrizada la lesión, tratar de restablecer en estos graves casos una función.

Para este restablecimiento funcional, hemos de explorar al enfermo, aparte las clásicas exploraciones otoscópica, radiológica (en incidencias de Schüller, Meyer, Stenvers, Chaussé, etc.), la audiometría tonal liminar por vía aérea y ósea, la audiometría vocal, la audiometría supraliminar, la audiometría con la sonda de Zöllner, la audiometría con la aplicación previa con tímpano artificial de polisteno; en fin, diversas exploraciones complementarias que, según los casos, hemos de emplear para tener la certeza de las posibilidades de recuperación funcional del oído.

Didácticamente se agrupan, pues, las timpanoplastias en cinco grupos de intervenciones, aunque en la realidad son prácticamente todas las timpanoplastias distintas unas de otras; en todas ellas debe revisarse el antro, aditus y ático, así como los huesecillos y la función de ambas ventanas. En las *timpanoplastias más simples* se respeta el borde inferior del muro de ático, de la celdilla; se conservan los huesecillos intactos y se practica una mirincoplastia, no como la practicaban en su comienzo, con esponja de gelatina, o fibrina con hialuronidasa, sino aplicando el injerto sobre la cara cruenta que queda mirando hacia el conducto auditivo externo, al hacer un colgajo en charnela en la cara posterior y anterior del conducto, estando la charnela junto al borde timpánico, como explico en el diagrama.

La variedad de *timpanoplastia con aticitis* y destrucción parcial del mango del martillo, pero con plena movilidad del estribo, yunque normal y ventana redonda normal, exige una supresión total del muro de la celdilla, sin dejar puente óseo, supresión a veces de parte del mango del martillo y práctica del colgajo con injerto libre, para restaurar el tímpano. En estas dos timpanoplastias puede restaurarse la audición totalmente.

Otra *timpanoplastia* con lesiones destructivas del *martillo y yunque y caja*, pero con plena movilidad del estribo, nos permite, tras una limpieza de la osteítis y supresión de los restos del yunque y martillo, con liberación de la fibrosis, los nichos de las ventanas oval y redonda, aprovechar el estribo al que se libera del tendón del músculo del estribo, para hacer con él una columela, buscando el efecto columela, con lo que se restaura una audición no fisiológica, pero buena socialmente, dejando, como es natural, una pequeña caja delante de la ventana redonda.

En otros casos, el estribo se halla lesionado, junto con los demás huesecillos, y quedan unos restos de platina; entonces, solamente después de una limpieza, con un colgado adelgazado, o perforado en el sitio de la platina, y dejando lo que los alemanes llaman pequeña caja, ante la ventana redonda, se restaura una audición útil, en los casos con éxito.

Por último, un quinto *tipo de timpanoplastia, en que con un estribo anquilosado, una ventana oval totalmente bloqueada*, impide utilizar la ventana oval; hemos de ir, si las lesiones osteíticas lo permiten, a una fenestración del conducto semicircular horizontal o externo, o bien si había un colesteatoma, esperaremos a un segundo tiempo para hacer una fenestra, cuando esté curado totalmente el proceso colesteatofatoso o fungoso.

Estas son, en esquema, las diversas timpanoplastias; pero en la práctica muchas veces, al intentar hacer una timpanoplastia tipo II o III, veremos, ante su imposibilidad, que hemos de estar preparados para hacer una de tipo IV o V; o, al revés, si pensamos hacer una tipo III o IV, y nos encontramos que el yunque osteítico se halla en contacto mediante procesos fibrosos sobre la cabeza del estribo, y con una timpanoplastia tipo II basta, hemos de atenernos a las exigencias de las lesiones; además, como ya decíamos, no es tan esquemática esta cirugía funcional de las otorreas, pudiendo decirse que no hay ninguna semejante a otras; no ocurre como con las fenestraciones por otoesclerosis, que todas son idénticas en sus normas generales.

Otro grupo de operaciones que se hacen para la recuperación funcional en otoesclerosis y demás síndromes de anquilosis estapedovestibular, que buscan actuar sobre el foco otoescleroso, en la articulación estapedovestibular, y que desde la *simple movilización preconizada por* ROSEN ha ido ampliando las técnicas, y hoy existen operaciones que emplean potentes vibradores aplicados sobre la apófisis lenticular, una vez descubierta la caja, o sin abrirla, actuando directamente sobre la apófisis corta del martillo; a veces la lesión es tan grande, que precisa liberación de la platina por punturas, hechas con aparatos muy finos, puntiagudos, sobre

los que se percute, y liberando así la platina, restaurando una movilidad con cadena íntegra; a veces se precisa sección de la rama anterior, seccionando o fisurando la platina, pero quedando la parte móvil unida a la rama posterior, con pleno funcionamiento del resto de la cadena osicular y del tímpano.

Actualmente, para que no vuelva a formarse el foco óseo, se interpone la pared de una vena, conseguida en el momento operatorio, entre la cara vestibular del estribo y el borde de la ventana oval.

Otro tipo de intervenciones sobre el estribo son las *diversas fenestraciones de la platina del estribo*; sin embargo, no dan el resultado de las platinofisuras, por lo que se va abandonando la fenestración con fresa de la platina e incluso la fenestración con el gancho especial.

La llamada platinofisura con sección de ambas ramas del estribo, la estapedectomía con dos tipos de intervenciones, una que deja el martillo y yunque y otra que acude, previa su supresión, a aplicar un colgajo ante la ventana oval, colgajo libre o tímpanomeatal, según las circunstancias. Por último, un tipo de intervenciones con supresión del yunque, en el que se columeliza el estribo liberado de su músculo propio.

En todas estas intervenciones se puede trabajar por vía rigurosamente endoaural o, si el conducto es estrecho, con unas incisiones parecidas a las empleadas en las timpanoplastias; se precisa instrumental fino, que, sin quitar la visibilidad, deja campo visual suficiente para la intervención. Es preciso, salvo en la aplicación del vibrador a la apófisis corta del martillo, despegar el tímpano de tres a cinco milímetros de pared posterior del conducto auditivo externo, suprimir la parte superior de la pared posterior del conducto auditivo externo óseo, en su porción más próxima al tímpano, mediante gubia o fresa; una buena iluminación, aparatos ópticos de aumento, son precisos e indispensables para esta clase de cirugía funcional.

Selección de enfermos. Sorderas de transmisión

Es imprescindible una buena selección de enfermos, que presenten solamente una sordera de transmisión, con un buen estado coclear. Este tipo de intervenciones no actúa sobre el nervio coclear, ni siquiera en las delicadas estructuras del órgano de Corti, células neuroepiteliales que transforman en corriente nerviosa las ondulaciones del aire, vibraciones moleculares, sino solamente sobre el aparato transmisor del sonido, que en estado patológico, en vez de ser un oscilador adecuado, se convierte en un obstáculo con una gran impedancia, que disminuye notablemente o totalmente la intensidad con que el sonido alcanza las delicadas estructuras del órgano de Corti. Podemos imaginar que este tipo de operaciones es análogo a las intervenciones sobre los medios dióptricos del ojo; operaciones sobre la córnea y sobre el cristalino y su cápsula; pero no sobre la retina, nervio óptico ni vías y centros nerviosos.

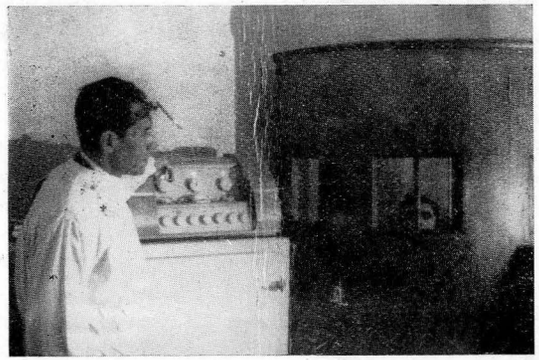
Es, pues, menester poder separar todo enfermo que tenga su aparato neurosensorial tan lesionado que, sin esperanza de recuperación, al hacer una intervención no podamos obtener mejoría alguna.

La exploración clásica no ha perdido su valor; es curioso ver cómo buenos cofocirujanos revisan a diario a sus enfermos recién intervenidos, con el diapasón, en el lecho de la clínica. Pero asimismo se precisa una buena exploración clínica, otoscopia, exploración clásica con diapasones, espejo de Siegle y exploración completa de la especialidad, hasta el punto de que en la actual cirugía funcional se

hace en la misma sesión operatoria muchas veces una cirugía restauradora de la función nasal, o previa de los focos sépticos nasofaríngeos, etc.

La exploración radiológica clásica, para mostrarnos la existencia de colesteatoma o lesiones osteíticas de antro, aditus y ático, que en las clásicas incidencias de Schüler nos mostrará quirúrgicamente datos de valor insospechado; asimismo en cuantos traumatismos del oído, quemaduras, etc., una radiografía de Stenvers nos podrá mostrar el grado de afectación del laberinto, o lesiones de epixitis en la incidencia de Meyer, y los datos que en la otoesclerosis nos pueden dar unas incidencia de Chaussé. Todo esto, sólo el práctico en esta cirugía nos lo puede señalar.

Pero con todo, el estado funcional de la cóclea sólo la exploración audiométrica nos lo puede dar; para esto precisamos de un buen audiómetro, bien calibrado, con el que podamos explorar la audición liminar, tonal y vocal, por vía aérea y por vía ósea, con el que podamos hacer audiometrías supraliminares, explorando el fenómeno de recuperación, bien con el sistema de equilibración de sonoridad o bien con la medición de los llamados umbrales de intensidad, o las pruebas de los sonidos intermitentes. La exploración por vía ósea, audiometría tonal liminar, nos dará el estado de la cóclea; esto es fundamental para intentar hacer una intervención funcional. Solamente podemos actuar con garantía en aquellos enfermos con una curva audiométrica cuya vía ósea se mantenga por encima de los 30 decibelios pérdida, del nivel cero fisiológico (que es con lo que oye un oído normal de una persona a los veintiún años); si tiene una pérdida de 35 decibelios o más en las frecuencias 500, 1.000, 2.000 ó 3.000 ciclos por segundo, las probabilidades de recuperar audición son mucho menores. Asimismo, en ciertas operaciones que actúan sobre los focos patogénicos, como las operaciones sobre el estribo, son frecuentemente reanquilosadas las articulaciones, sobre todo en personas jóvenes, cosa que en las personas de edad es más difícil; en cambio, otras intervenciones, como la fenestración, no deben intentarse en personas de más de cincuenta y cinco años, por los trastornos generales que les puede producir, así como por los trastornos vasculares de su laberinto. No obstante, si existe una diferencia entre la curva audiométrica liminar por vía aérea y la ósea, aunque tenga una audición por vía ósea que nos permita agrupar el caso como de buen pronóstico, podemos intentar hacer una movilización de estribo, con las debidas reservas en cuanto a garantía de recuperación del oído.



El audiómetro, la cámara sonoamortiguada o insonora, son imprescindibles para el diagnóstico y pronóstico de estos enfermos

Resultados obtenidos

Los resultados obtenidos con esta cirugía, bien indicada, no sólo preservará de las complicaciones endocraneales, en los casos de otitis medias crónicas supuradas, sino que devuelve una función a un órgano sensorial de importancia vital,

proporcionando a la sociedad semejantes aislados, que con su oído recuperado son útiles nuevamente, defendiéndose en su medio de trabajo habitual.

De los primeros balbuceos de esta cirugía se ha pasado a la fase clínica y a la fase estadística, siendo los resultados obtenidos de un tanto por ciento elevadísimo en las restauraciones funcionales, que hacen de esta cirugía una de las de más actualidad y cuyos resultados pueden predecirse antes de practicar la intervención.

No pasan hoy, con los medios con que cuenta (suponiendo hecha la cirugía funcional de oído por un experto en la materia), de un tres por ciento los casos que no recuperan la función auditiva, bien sentado el diagnóstico de sordera de transmisión y el pronóstico preoperatorio de caso bueno para esta microcirugía.

Y este fracaso, menor que el de cualquier cirugía funcional de otra especialidad, habla de la bondad de las técnicas aun susceptibles de mejoría y de perfección.

¿A que son debidos estos escasos fracasos?

En las timpanoplastias, a que el injerto puede necrosarse o desprenderse; a que puede haber procesos de fibrosis en la cicatrización; adherencias del neotímpano a la pared interna de la caja; a defectos de construcción de la pequeña caja en las timpanoplastias llamadas de tipo IV, o alteraciones en la columelización del estribo.

En las fenestraciones, el cierre de la neofenestra, hoy casi desaparecido, ya que se ha estudiado el mecanismo de osteogénesis con toda minuciosidad, los medios de que se dispone para luchar contra la laberintitis serosa, y los procesos de fibrosis, han perfeccionado la técnica hasta el punto de hacer difícil el cierre de la nueva ventana, quedando los enfermos con buena audición.

Las operaciones que empezaron a hacerse con el nombre de movilización del estribo, como hemos dicho anteriormente, son múltiples, y desde la movilización simple hasta la más complicada cirugía de ventanas dan resultados excelentes, con una restauración de la movilización de todos los mecanismos adaptadores y protectores del oído que permite una audición fisiológca igual a la normal, pero que tiene el inconveniente de que, en los muy jóvenes, puede volver a soldarse y precisar una nueva intervención tipo fenestración, que aunque suprime los mecanismos de acomodación, al interrumpir la cadena osicular y el juego de los músculos del martillo y del estribo, faltando la orientación del origen de la fuente sonora, y no restaura una audición por encima de la reserva coclear preoperatoria más que en casos excepcionales, permite una audición útil socialmente, de una manera permanente.

¿Qué casos son en los que está indicada una movilización y qué casos en los que se debe hacer una fenestración?

Depende, en primer lugar, de la edad del paciente, de la exploración audiométrica liminar y supraliminar, y de las lesiones que se encuentren en la caja del tímpano.

En primer lugar, queda en pie, para la fenestración, la clásica fórmula de Shambaugh, para la predicción de los casos, dividiéndose éstos en los tres grupos: *a*) ideal; *b*) no ideal, pero posible, y *c*) casos malos.

Los del primer grupo son aquellos pacientes que tienen una audición liminar, por vía ósea, con una pérdida inferior a 30 decibelios, en los tonos de las frecuencias de la voz humana o frecuencias llamadas conversacionales, que son los tonos comprendidos entre las frecuencias 500, 1.000 y 2.000 ciclos por segundo, inclusive; teniendo una audición liminar por vía aérea con una pérdida muy superior a la pérdida de hueso.

En estos pacientes la fenestración es de unos resultados francamente muy buenos y duraderos, y con un dos por ciento de posibles fracasos (entendiendo por tales el no recuperar audición socialmente útil).

Los del grupo *b*) son casos que tienen uno de los tonos conversacionales (bien el 500, el 1.000 o el 2.000 ciclos por segundo), con una pérdida de más de 30 decibelios, y los otros dos tonos, con 30 decibelios o menos de pérdida. En estos casos la fenestración da aproximadamente un porcentaje de sesenta resultados muy buenos, veinte buenos y veinte no útiles, aunque estén mejor que antes de operarse.

Por último, los casos *c*), que tienen dos o tres tonos conversacionales con audición liminar por hueso, con pérdida de más de los 30 decibelios; sólo un diez por ciento de casos pueden recuperar audición con una fenestración.

La fenestración está limitada asimismo con la edad del paciente; si tiene más de 55 años, aun cuando tenga una buena reserva coclear, no es aconsejable hacer una fenestración.

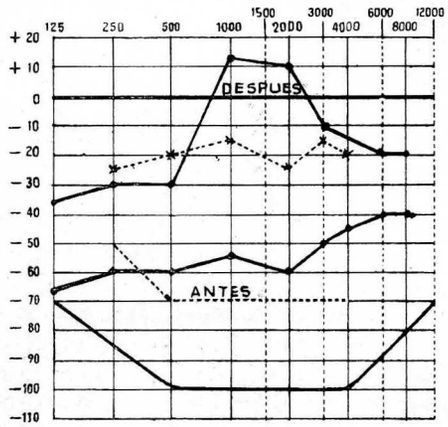
Asimismo, en los casos con úlceras gástricas, con alteraciones psíquicas, no es aconsejable hacer esta intervención.

La movilización de estribo, operación mínima en cuanto movilización, salvo en los casos de conducto auditivo estrecho, pero ya complicada en cuanto se trata de platinofisura, fenestra platinar, estapedectomía o cirugía de ventana oval, en cambio nos puede dar resultados magníficos en personas de más de 55 años de edad; nos puede dar resultados muy buenos en los casos *c*), siempre que haya diferencias entre la transmisión aérea y ósea de 25 a 30 decibelios, aunque la ósea esté mal, y, cuando menos, podremos mejorar la audición para, utilizando prótesis, servirse como un operado de cataratas se sirve de unos lentes para poder defenderse en la vida.

Sin embargo, hay dos cosas, que he visto a mi maestro el doctor MOZOTA en diversas intervenciones de movilización, que me han ido llevando de la mano, y es que hay casos en gente joven (menos de los 25 años) en que, aun siendo casos *a*), en los que la movilización da muy buenos resultados, cuando menos como la fenestración, se vuelve a anquilosar en unos meses esa platina en el mismo foco otoesclerosa, cosa que en las personas de edad no ocurre; en estos casos podemos vernos forzados a hacer una fenestra sin demorar o repetir la movilización, en razón a la marcha progresiva de la afección.

Asimismo, en un siete por ciento de los casos hay unas exóstosis que, partiendo del borde inferior y del borde superior o falópico de la ventana oval, aprisionan la platina desbordando las ramas del estribo, siendo materialmente imposible la movilización ni cualquier cirugía de la ventana; en estos casos debemos ir de comienzo a una fenestración del conducto semicircular externo u horizontal. En las timpanoplastias también hay que tener en cuenta la audiometría preoperatoria, la operatoria con sonda de Zöllner, las modificaciones obtenidas con la aplicación de un tímpano de polisteno; pero, sobre todo, como en la movilización, al abrir la caja es cuando veremos lo que debemos hacer, no sobre la demanda de las lesiones, sino, a la vez, que tenemos como primer punto de vista la vida del enfermo, para evitar las complicaciones endocraneales, asimismo como segundo punto de vista tenemos la recuperación funcional de un semejante, y sabiendo bien la fisiología de la audición, sus suplencias y las condiciones mínimas para una transmisión del sonido buena (tímpano, transmisión osicular de cadena, o columela, doble juego de ventanas, diferencia de fase en la llegada de sonido a ambas ventanas, lo que exige en último caso una pequeña caja ante la ventana redonda) aproximarse lo más posible a estas condiciones.

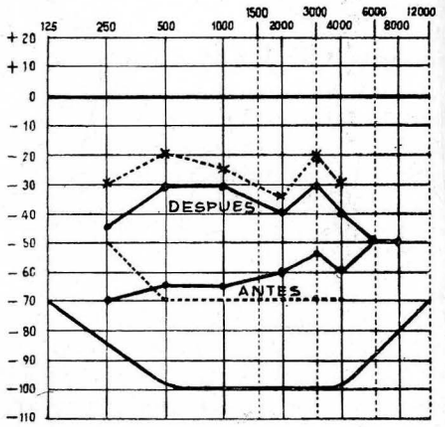
AUDIOGRAMA PRE Y POSTOPERATORIO DE UNA MOVILIZACION DE ESTRIBO



Vía aérea ———
Vía ósea x.....x

ENFERMA OPERADA HACE UN AÑO; EL AUDIOGRAMA POSTOPERATORIO ESTÁ PRACTICADO AL AÑO, POR VOLVER LA ENFERMA DESDE REINOSA CON UN CATARRO TUBÁRICO

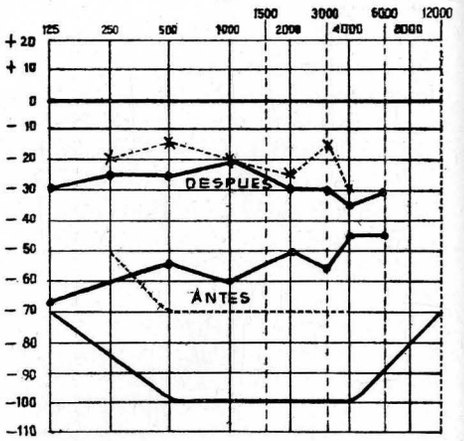
AUDIOGRAMA PRE Y POSTOPERATORIO. FENESTRACION



Vía aérea ———
Vía ósea x.....x

ENFERMO CON INTERVALO DE UN AÑO

AUDIOGRAMA PRE Y POSTOPERATORIO DE UNA TIMPANOPLASTIA TIPO III



Vía aérea ———
Vía ósea x.....x

TIMPANOPLASTIA, COMPROBADA PREOPERATORIAMENTE CON TÍMPANO DE POLISTENO, Y SONDA DE ZÖLLNER; EL INJERTO LIBRE DE PIEL DE MUSLO; INTERVALO DE LA AUDIOMETRÍA, SEIS MESES

Los resultados obtenidos se comprueban en la mesa de operaciones, al darnos cuenta cómo oye el enfermo al contestarnos a nuestras preguntas hechas en voz cuchicheada, suponiendo al enfermo anestesiado sólo localmente. Si el enfermo está bajo los efectos de anestesia general, comprobaremos la movilidad del tendón del músculo del estribo y los desplazamientos de una gotita de suero colocada sobre la ventana redonda.

Postoperatoriamente exploraremos audiométricamente al enfermo, y los audiogramas nos darán el estado de su oído, con lo que, paso a paso, podemos ver la recuperación del paciente.

Acompañamos unos audiogramas de enfermos operados de movilización del estribo, de fenestraciones y de timpanoplastias en los servicios del doctor MOZOTL SAGARDÍA, en Santander, a cuyas intervenciones, como expuse, he tenido el honor de asistir y ayudar.

INSTRUMENTAL QUE SE REQUIERE

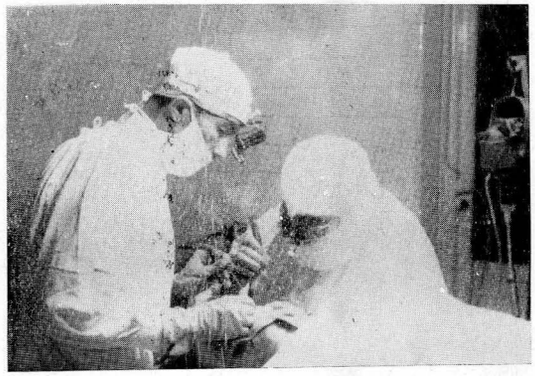
En primer lugar, el instrumental que se requiere es el clásico de la especialidad; pero además se precisa una serie de aparatos especiales para el diagnóstico y un nuevo arsenal de material quirúrgico.

La exploración otoscópica, rinoscópica, sinusoscópica de trompa de Eustaquio, de faringe, negatoscopio, etc. son piedra angular para esta rama especial.

Pero es imprescindible un buen audiómetro bien reglado, al que hemos de someter a revisiones periódicas; audiómetro que explore las frecuencias desde la 125 a la 8.000 ó 12.000, con las 1.500, 3.000 y 6.000 intermedias, además de los 250, 500, 1.000, 2.000, 4.000 y 8.000 ciclos por segundo; tiene que servir para medir la transmisión ósea además de la aérea; la audiometría vocal, la supraliminar (umbral diferencial, prueba de los sonidos intermitentes, de equilibración de la sonoridad, etcétera).

Asimismo precisamos un audiómetro con sonda de Zöllner, para las timpanoplastias. Emplearemos un personal auxiliar entrenado, al que hemos de enseñar el manejo del audiómetro, o lo usaremos nosotros personalmente.

La gráfica que empleo es la que usa mi maestro el doctor MOZOTA SAGARDÍA, clara, sencilla y concisa.



LAS TELELUPAS, MICROSCOPIO OTOSCÓPICO, MOTORES, FRESAS ESPECIALES, ASPIRADORES INTERMITENTES, IRRIGADORES, INSTRUMENTOS ESPECIALES DE MICROCIRUGÍA HAN ENRIQUECIDO EL ARSENAL QUIRÚRGICO DE LA OTOLOGÍA

El instrumental quirúrgico es variadísimo: desde los aparatos ópticoamplificadores (telelupas Zeiss, Camerum, Stortz, etc.; microscopios Zeiss, Nachet, etc.) a los aparatos empleados en odontología (motores, piezas de mano, fresas especiales), aspiradores, irrigadores, gubias especiales muy finas, ganchos movilizadores, punzones, ganchos de iridectomía, cucharillas especiales, escafirodontos, etc.). Espéculums especiales de oído, agujas bisturí para movilizaciones, espátulas, finísimos periostótomos, etc.

Es, pues, una serie de aparatos consagrados por el uso, cuyo manejo unas veces es simple y otras precisa de entrenamiento.

CONDICIONES DEL COFOCIRUJANO

Precisa el otólogo que ha de dedicarse a esta cirugía de unas condiciones físicas especiales: la buena agudeza visual, la idea de relieve en las imágenes, la ausencia de temblor, el poder permanecer relajado, el saber utilizar la fuerza de los dedos y de la muñeca solamente; la utilización de los movimientos de los dedos e instrumentos bajo la regulación de la visión del microscopio y telelupas, el saber resolver en un momento determinado, en una timpanoplastia, cuál ha de ser la intervención funcional adecuada; requiere asimismo una habituación a ello,

que sólo con una dilatada experiencia, bien enseñada y bien aprendida, puede adquirirse.

La práctica en temporales o cadáver, el uso de las gubias especiales y de las fresas adecuadas, ha de ser aprendido junto al maestro que con destinterés nos lo enseñe paso a paso.

Es fundamental asimismo un buen equipo de colaboradores, un buen auxiliar especializado en las técnicas de audiometría; unos buenos auxiliares técnicos que colaboren en las intervenciones, sabiendo lo que se va a hacer; unos colegas que, deseando aprender las técnicas y seguir el camino que hemos seguido los que ya dominamos esta cirugía, se entreguen por completo a adquirir los conocimientos suficiente. Sólo así se lograrán resultados positivos.

RESUMEN

Se expone el estado actual de la cirugía de la sordera, pasando para ello revisión a los medios con que hoy día se cuenta; describiendo después los tipos de intervenciones que clásicamente se vienen utilizando en estas prácticas.

Trata de la selección de enfermos, pues es imprescindible que presenten solamente una sordera de transmisión con un buen estado coclear. Se refiere también al instrumental que se requiere y a las condiciones que ha de reunnir el cofocirujano para sus actuaciones operatorias.

De los primeros balbuceos de esta cirugía se ha pasado a la fase clínica y aun a la fase estadística, siendo los resultados obtenidos de un tanto por ciento elevadísimo en las restauraciones funcionales, lo que hacen de estas intervenciones unas de las de más actualidad y cuyos resultados pueden predecirse antes de practicar la operación.

Domicilio: V. Morón, núm. 9. Algeciras.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 394 - TOMO LXVII
ENERO 1959

LIBROS

AUTORES NACIONALES

PROFILAXIS FETAL, *discurso leído por el doctor don* SANTIAGO DEXEUS *en su recepción académica, y discurso de contestación, por el doctor don* JOSÉ ROIG RAVENTÓS. *Un volumen (17 por 24 cm.) de 78 páginas. Impreso en Gráficas Gallardo. San Elías, 10. Barcelona, 1958.*

En junio del pasado año, y con motivo de su ingreso en la docta corporación barcelonesa, leía el doctor don Santiago Dexeus Font este magnífico discurso, que con el tema «Profilaxis fetal», constituye una excelente y completísima monografía de cuanto abarca hoy día la *profilaxis obstétrica* para salvaguardar los intereses maternos y los fetales durante ese período de solidaridad orgánica y funcional, así como en otros momentos de la vida de la niña, futura madre en el porvenir.

En su estudio, tan completo y tan notablemente expuesto como todos los suyos, se ocupa Dexeus de los múltiples y variados factores que actúan sobre la mortalidad y morbilidad fetales, agrupándolos en anteriores al parto, ligados a éste, propios y exclusivos del parto y dependientes del período postnatal. En todos estos amplios y bien meditados capítulos, traza un completo programa de lo que ha de ser la maternología profiláctica y la función tocológica con relación al medio social; todo ello con un excelente criterio y expresado con galanura, fluidez y amenidad.

Digna réplica a tan acertada disertación fué el discurso del doctor Roig Raventós, que llevó la voz de la Real Academia de Barcelona, quien después de trazar una bellísima semblanza de la figura del doctor Dexeus y de los méritos que le han llevado a ocupar un sitial en la corporación, glosó hábilmente el papel y responsabilidad del tocólogo como puericultor intrauterino, ocupándose después del problema de la inmadurez e hipermadurez fetal y de sus consecuencias. Finalmente, expuso su concepto sobre «Maternoterapia», tratamiento de la madre para su curación y profilaxis embrionaria y fetal, dedicando también unas brillantes palabras al desarrollo de la vocación maternal, a la maternoterapia psíquica.

Ambos discursos, de gran altura científica y extraordinario calor humano, dejaron en todos los asistentes un grato recuerdo, como lo causará también a todo aquel que lea con atención esta excelente memoria.—RICARDO HORNO LIRIA.

PATOLOGÍA DEL ESÓFAGO HIATAL, *por el doctor* C. PERA BLANCO-MORALES. *Un volumen (24 por 16'5 cm.) de 173 páginas, con 64 figuras; cartoné. Editorial Facta, Valencia. 1958.*

Esta monografía parece ser la tercera, cronológicamente, de las publicadas por la cátedra del profesor Gomar Guarner, de la Universidad Hispalense. No conocemos las dos anteriores; pero, siendo todas ellas fruto de la misma inspiración y concebidas bajo semejantes directrices, nos basta conocer la que nos ocupa, para juzgar elogiosamente toda esta labor.

Con gran rigor científico ha realizado el doctor Pera Blanco-Morales un estudio bien sistematizado, amplio y de concepción muy personal todo el gran problema que plantea la patología del esófago en su localización hiatal. Ha intentado y logrado, a nuestro entender, puntualizar concretamente los aspectos del problema en toda su amplitud, con capítulos muy logrados, como los dedicados al estudio anatómico y a la revisión de las concepciones de las hernias del hiato en sus dos tipos, dando una concepción actual y personal de las mismas. Ha atraído, en fin, la atención sobre un problema y sentado unos jalones que serán muy útiles para que los estudiosos se animen a interesarse por estas cuestiones. Y para que con nuevos esfuerzos, investigaciones y estudios, se pueda ir acumulando casuística y experiencia, tan fundamentales para la aclaración y resolución de todos los problemas clínicos y quirúrgicos.

Es una monografía, en suma, que por sí sola acredita a una escuela y que puede servir de baremo para puntuar muy alto en el cuadro de colaboradores de la misma al doctor Pera Blanco-Morales.

La Editorial Facta ha demostrado una vez más su competencia en estos menesteres editoriales, consolidando su prestigio por la selección de sus publicacione.—SERAL.

AUTORES EXTRANJEROS

INITIATION MATHEMATIQUE A LA PHYSIQUE MEDICALE ET LA BIOLOGIE, *por* JULIEN GUELFI. *Un vol. (16'5 por 24'5 cm.) de 220 páginas, con 24 figuras; encuadernación en tela. Edit. Masson et Cie., París, 1958.*

UN buen libro el del profesor Guelfi, y decimos esto por creer que consigue perfectamente el fin que busca y que, como dice el doctor Strohl en su prólogo, es, partiendo de las cosas más sencillas, llevar de la mano hasta las más complicadas.

Nadie puede negar el papel que las matemáticas han adquirido en todas las ramas del saber y particularmente en las ciencias biológicas, y de éstas es la Medicina, en sus aspectos físico y químico, una de las que más utilizan estos conocimientos. El médico de hoy día encuentra muy frecuentemente en sus lecturas, no sólo problemas de estadística matemática, sino fórmulas que es incapaz de comprender a primera vista y que muchas veces son causa de que se abandone una lectura o no se complete un trabajo. Cuando el interés es suficiente para consultar los tratados de matemáticas, se encuentra que en estos, aun aquellos dedicados a biólogos, el tema a estudiar está diluído y mezclado con otros sin interés para el médico y que además son expuestos en términos asequibles solamente para aquellos que no sólo han tenido una buena preparación matemática, sino que además manejan habitualmente estas disciplinas.

La mayor virtud de este libro radica, principalmente, en que no sólo trata temas directamente relacionados con la Biología, sino que para profundizar en ellos refresca previamente nociones que fueron conocidas, pero que en la mayor parte de nosotros han sido olvidadas.

Para facilitar la búsqueda del tema deseado, existen al final del texto tres tablas, dos de las cuales son las clásicas de todo libro, y una tercera en la que a cada disciplina biológica se le señala dónde encontrar los datos matemátimos para ella más importantes.

En los doce capítulos del libro se exponen nociones de cálculo algebraico, geometría elemental, trigonometría, cálculo vectorial, geometría infinitesimal, ecuaciones diferenciales, complementos de mecánica, y termina con uno dedicado al cálculo de probabilidades y estadística.

La presentación es excelente y suponemos que el libro gozará de la buena acogida que se merece.—PEG JUARRERO.

LA FONCTION SPERMATOGÉNÉTIQUE DU TESTICULE HUMAIN, *coloquio dirigido por* H. BAYLE *y* C. GOUYGOU. *Un volumen (16 por 24 cm.) de 416 páginas, con 137 y 6 láminas; rústica. Precio: 6.000 francos. Masson et Cie., Editeurs. 120, Boulevard Saint Germain. París. VI. 1958.*

EN el año 1957, la Sociedad Nacional para el estudio de la esterilidad y la fecundidad, celebró en París un coloquio sobre la función endocrina testicular, al cual siguió, en julio de 1958, una nueva reunión dedicada a la función espermatogénica.

En este nuevo coloquio, organizado por H. Bayle y C. Gouygou con la colaboración de G. Guillén, se consiguió reunir una gran cantidad de trabajos, debidos a plumas de muy diversos y autorizados especialistas, que aportaron sus conocimientos, antiguos y nuevos, a un tema hoy en plena transformación, gracias a los interesantes progresos logrados en todos los terrenos: embriológico, en la hormonología, en la terapéutica, etc.

Este libro tiene la ventaja de poner en manos de quien se interese por estos problemas, una verdadera síntesis actualizada, muy documentada y palpitante, que proporcionará a todos los lectores una exposición clarísima sobre hechos antiguos y mal conocidos, pero a los que hoy se aportan soluciones de un gran valor.

La variedad de materias contenidas es grande, y los trabajos quedan agrupados en extensos apartados, referentes a: anatomía, embriología e histología, que precisan los caracteres histológicos de la espermatogénesis normal y las recientes adquisiciones sobre ultraestructura del espermatozoide humano; a la fisiología normal de la espermatogénesis; a las exploraciones, con sus datos técnicos e interpretación actual del examen del esperma de las esterilidades masculinas; a la patología de la espermatogénesis; al tratamiento y a los problemas generales que plantea la esterilidad masculina.

Entre los valiosos trabajos presentados, hay que destacar la aportación española, debida a los doctores Botella Llusiá, de Madrid, y a V. Salvatierra, Sureda y A. Caridad, de la Facultad de Medicina de Valencia.

En resumen, un buen libro, de cuya lectura podrán obtenerse multitud de datos interesantes sobre la función espermática.—RICARDO HORNO LIRIA.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 394 - TOMO LXVII
ENERO 1959

REVISTAS

NACIONALES

APARATO CIRCULATORIO

CASELLAS BERNAT, A. (Barcelona). — «NUEVO HALLAZGO TERAPÉUTICO PARA EL TRATAMIENTO DEL ANGOR PECTORIS.» *«Medicina Clínica», t. XXX, núm. 5, páginas 322-328, mayo 1958. Barcelona.*

CONCLUSIONES: Hemos comprobado el efecto extraordinario de la iproniazida sobre el dolor que tiene en los que sufren insuficiencia coronaria, así como también sobre los que tienen claudicación intermitente.

En nueve casos con angor y uno con claudicación de las extremidades inferiores se obtuvo la remisión total del cuadro doloroso.

Las dosis utilizadas fueron, como promedio, de 150 mg. durante 10 días, cifra que hemos variado según fuera la tolerancia o necesidades del enfermo.

Al suspender la medicación reapareció el dolor, que nuevamente cedió al reanudarla y en un intervalo menor de días.

Las acciones colaterales del producto se dieron fundamentalmente sobre el aparato digestivo, nervioso y urinario, sin que en ningún caso tuviésemos que suspender por completo la medicación.

Creemos que por tratarse de enfermos con un grave problema, y mientras no tengamos una mayor experiencia, el producto debe ser utilizado única y exclusivamente por el cardiólogo, quien debe hacer las correspondientes advertencias a sus pacientes.—AUTORRESUMEN.

ANÁLISIS CLÍNICOS

CANTOS ROYO, F. — «MÉTODO DE COLORACIÓN STANDARD PARA CITODIAGNÓSTICO, BACTERIOLOGÍA, HEMATOLOGÍA E HISTOLOGÍA.» *«Medicina Clínica», t. XXX, número 5, págs. 358-359, mayo 1958. Barcelona.*

COMO es sabido, en el momento actual existen infinidad de técnicas, algunas de ellas muy buenas, que precisan toda una serie de colorantes especiales o muchos tiempos, factores ambos que en su realización práctica puede suponer un inconveniente.

Nosotros, después de múltiples pruebas, hemos llegado a establecer un tipo de técnica colorante de aplicación múltiple y que reúne una serie de ventajas, además de coloraciones óptimas, tales como brevedad, sencillez, constancia de buenos resultados y emplear *un solo colorante* que no se altera y es muy fácil de preparar.

No debemos silenciar a los autores españoles y extranjeros que ya han trabajado con este colorante como base (aunque con detalle muy distinto). Entre los nacionales, DARGALLO, MAS y MAGRÓ con su técnica de coloración de linfocitos, y SUÁREZ PEREGRÍN con la suya para el citodiagnóstico. Esta última es lo que hemos visto más parecido a nuestro procedimiento. En el extranjero hay algunas publicaciones notables, entre ellas la de DOMINICI con azul de toluidina-orange, la de LISON para coloración de mucopolisacáridos y la de UNDRITZ para células cebadas.

Colorante.—Tiene la siguiente composición: Azul de toluidina, 1 g. Solución de potasa al 0'1 por mil, 100 c. c., filtrar. Su conservación es indefinida y aun mejora con el tiempo por aumentar su poder policromático.

Técnica de citodiagnóstico. — En portas, marcar con lápiz graso un cuadradito como un centímetro cuadrado, en él depositar el producto a examinar, extendido en capa *muy fina.* Tiempos:

1.º *Fijación húmeda* con alcohol-éter a partes iguales, o *fijación seca* reciente. De cinco a diez minutos son bastantes.

2.º Alcohol de 70º, pase a alcohol de 50º, pase a agua destilada. Como un minuto con cada uno.

3.º Cubrir con colorante, contrastando en la platina la intensidad adecuada de coloración. Suele ser unos cinco minutos.

4.º Lavado agua y *lavado rapidísimo,* a veces con alcohol.

5.º En el momento que se seca cubrir con una capa fina de aceite de cedro y un cubre. Observación a seco, gran aumento; aun mejor con filtro de luz amarillo.

Resultados: La preparación se conserva bien, se puede cementar. Los núcleos, muy definida la cromatina; los protoplasmas de células epiteliales, en tonos débiles; más débil en las células cornificadas o degeneradas. Bien las bacterias.

Citodiagnóstico (técnica segunda).—Tiempos:

1.º Fijación *seca* al aire.

2.º Fijación *inmediata* con ácido crómico al 3-5 por ciento. Unos cinco minutos.
3.º Lavado abundante.
4.º Coloración. Unos cinco minutos.
5.º Lavado agua, lavado muy rápido con alcohol y cedro como en la técnica anterior.

Col. de sangre.—Tiempos:
1.º Extensión clásica muy fina y secada al aire.
2.º Fijación con ácido crómico al 5 por ciento. Unos cinco minutos.
3.º Lavar y cubrir con colorantes. Unos cinco minutos como máximo.
4.º Lavado con agua destilada y en el momento de secarse cubrir con una fina capa de aceite cedro (esto es fundamental). Observación corriente a seco y gran aumento.

Resultados: Los hematíes pierden parte de su hemoglobina, pero no se destruyen, estando bien definidos. Los leucocitos muy bien, sólo los eosinófilos no se tiñen las granulaciones, pero se identifican bien por la imagen negativa de los mismos. Muy bien las plaquetas; como bolas, muy definidas.

Col. de histología.—Hemos trabajado con fijadores de formol, acetona y ácido crómico e inclusión en parafina. Todos los tiempos los hacemos sobre portas en la forma habitual. Los cortes, desparafinados. Paso por los alcoholes. Paso agua destilada (todos los tiempos a fondo). Colorante *diluído* y control de coloración en platina.

Resultados: Se obtienen preparaciones preciosas, con núcleos violeta y tonos variables de los conjuntos y epitelios que van del violáceo al verde claro pasando por azul.

Conclusión.—Presentamos una técnica colorante muy simple, que emplea un solo colorante, fácil de preparar, y con la que se obtienen en pocos minutos resultados muy buenos y constantes. El colorante es el azul de toluidina en solución potásica, que presenta un marcado poder metacromático. Las preparaciones se conservan bien a condición de estar cubiertas con aceite de cedro. El método es muy bueno para trabajar en serie el citodiagnóstico, hematología e histología.—(*Texto íntegro.*)

EXTRANJERAS

APARATO CIRCULATORIO

BRYFOGLE, M., y BRADLEY, O. — «LAS COMPLICACIONES VASCULARES DE LA DIABETES.» «*Diabetes*», *6, 159. 1957.*

AL conseguir la insulina la desaparición práctica del coma y de las complicaciones infecciosas como causa de muerte de los diabéticos, se ha acentuado la importancia de las enfermedades vasculares como complicación más importante de este proceso metabólico. El diabético muere hoy a consecuencia de un accidente vascular con mucha mayor frecuencia que como resultado directo de su trastorno metabólico.

En una reciente publicación, los diabetólogos americanos Bryfogle y Bradley estudian un grupo de trescientos noventa y cuatro enfermos, seleccionados con arreglo a su edad y a la fecha de aparición de su diabetes, considerando en ellos la existencia de una o más complicaciones vasculares diagnosticadas como retinitis, nefroesclerosis, arteritis periférica y arterioesclerosis coronaria. La mitad, aproximadamente, de los pacientes presenta más de una de estas complicaciones.

La diabetes de más de veinte años de duración presenta las complicaciones vasculares en el 88 por ciento de los pacientes, siendo la retinitis la de mayor frecuencia y la de más temprana aparición. La nefropatía es la complicación menos frecuentes (el 17 por ciento de estos enfermos).

El infarto del miocardio aparece en los sujetos diabéticos en edad más temprana que en los que no padecen diabetes, observándose en el cuarto decenio de la vida con bastante frecuencia.—E. ARIAS VALLEJO.

MEDICINA

REVISTA MÉDICA PERUANA, *núm. 326, páginas 680-912, enero-diciembre de 1957. Lima (Perú).*

ESTA revista constituye el órgano oficial de la «Asociación Médica Peruana Daniel A. Carrión» y está destinada a la publicación y divulgación de las actividades científicas, culturales y sociales de los médicos de aquella insigne nación sudamericana.

En el pasado año se ha celebrado, con gran solemnidad, el centenario del nacimiento del doctor Daniel Alcides Carrión, héroe civil, que con enorme altruísmo se prestó a dar su vida en la investigación de la enfermedad endémica conocida con le nombre de *verruga peruana*, que describió, permitiendo en su propio cuerpo la inoculación del exudado de un verrucoma para demostrar su etiología y naturaleza, salvando así a millares de sus conciudadanos y constituyéndose en un símbolo de la Medicina peruana.

En este volumen se incluyen, como homenaje a su memoria, unos quince trabajos, principalmente sobre medicina social, expuestos por las más destacadas figuras de aquella nación y que constituyen un claro exponente del progreso alcanzado por la Medicina peruana.—R. HORNO LIRIA.

PEDIATRÍA

SOTO PRADERA, SILVERIO, MONTALVO y FUSTE. — «CAUSAS DE LA MUERTE DEL PREMATURO: REVISIÓN DE 300 AUTOPSIAS.» (*Revista Cubana de Pediatría*), *vol. XXIX, núm. 12, diciembre 1957. La Habana.*

ES muy interesante la estadística que presentan estos autores, y que es una ampliación del primer trabajo que hicieron sobre doscientos casos y que ahora amplían con cien más.

En el mismo nos encontramos con un predominio de las causas letales a favor de los trastornos patológicos pulmonares (atelectasia con o sin membrana hialina, bronconeumonía, hemorragia, aspiración láctea, pleuresía purulenta, infarto pulmonar).

Figura en segundo lugar la hemorragia intracraneal, luego la inmadurez y la sepsis, las anomalías congénitas, lues, eritroblastosis, síndrome de hemorragia difusa, anoxia intrauterina, ruptura hepática, y causas ignoradas el uno por ciento.

La hemorragia intracraneana más frecuente fué la subaracnoidea difusa; el tipo de sepsis más abundante, la peritonitis.—A. MALLÓU.

LEAL, G. y ORELLANA TORREALBA, J.— «LA EPILEPSIA EN EL NIÑO.» «*Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*», *volumen XIX, núm. 62, octubre-diciembre de 1956. Caracas.*

NO fué divulgada suficientemente la importancia de la epilepsia como causa de limitación de la actividad de un número considerable de personas. La magnitud del problema la resalta Bridge al demostrar que dicha enfermedad ocupó, durante las dos guerras mundiales, el segundo lugar entre las causas de rechazo en el U. S. Army Selective Service Bureau, solamente superada por las enfermedades mentales. Según este mismo autor, la incidencia de la enfermedad en los Estados Unidos es igual a la de la diabetes y a la de la tuberculosis pulmonar activa y la polio combinadas.

Uno de cada seis niños del Hospital tuvieron epilepsia, según Bridge, y uno de cada veinte a treinta presentó alguna clase de trastorno convulsivo, incluyendo epilepsia. Por todo ello, comenta Bridge que esta dolencia constituye un problema pediátrico de mayor importancia que el presentado por el reumatismo articular agudo, el asma y la tuberculosis activa.

Pero comprenderemos mejor aún este interés cuando destaquemos que, según Livinston, el 90 por ciento de los ataques epilépticos comienzan durante los primeros años de la vida.

A continuación destacan los autores la incidencia de este proceso en diferentes estadísticas que los lleva al estudio de conjunto del proceso y a estudiar, a través de un servicio permanente de profilaxis y asistencia psiquiátrica abierta, de consulta pública abierta, infantil, de este tipo, el problema de la epilepsia en la población infantil.

El estudio, exhaustivo y completo, va desde el diagnóstico diferencial detenido en los casos estudiados, hasta la terapéutica más apropiada y de mayor éxito en cada forma clínica que se encontró, con sus intolerancias, efectos secundarios, síndromes tóxicos, etc.—A. MALLÓU.

TISIOLOGÍA

VOJTEK, V. (Checoeslovaquia). — «ALGUNOS PROBLEMAS ACTUALES DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL EN CHECOESLOVAQUIA.» (*Quelques problemes actuels de la tuberculose infantile en Checoslovaquie.*) «*Le Pouman et le Coeur*», *1, 61. 1958. París.*

EL artículo está escrito por el profesor agregado del Sanatorio checo de Sumperrk. Nos dice, basado en los datos estadísticos de su Sanatorio, que en estos últimos años disminuyen los casos de tuberculosis infantil y su gravedad, y así, en 1946, hubo quinientos sesenta y un casos, frente al año 1956, que registra cuatrocientos tres. El número de niños tuberculosos inferiores a tres años ha disminuído a menos de la mitad, por obra y gracia de la vacunación. Aumentó, en cambio, entre los de cuatro a siete años, porque la vacunación en los niños fué mal hecha. Las fuentes de contagio de los niños se han investigado mejor, pues frente al 41'5 por ciento que se pudo identificar en 1951, en el año 1956 se precisó en un 67'3 por ciento el foco contagiante. En estos últimos años se ha llegado al 93 por ciento de vacunación de los recién nacidos.

El efecto preventivo de la hidrácida en los niños en medio contagiante, evitando la aparición de formas recientes y generalizadas, obliga a hacer también una profilaxis química, por ejemplo, de la meningitis, que de este modo, en parte, se evitaría.

Vacunación y quimioterapia son fundamentales para luchar contra la tuberculosis infantil.—SAMITIER.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 394 - TOMO LXVII
ENERO 1959
SECCIÓN VARIA

MEDICINA E HISTORIA

CONSIDERACIONES SOBRE LA ENFERMEDAD DEL REY DON SANCHO EL CRASO

POR EL

DR. FERNANDO ZUBIRI VIDAL

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PRENSA Y PROPAGANDA DE LA S. E. M. A., DE LA INSTITUCIÓN «FERNANDO EL CATÓLICO»

ZARAGOZA

HAY figuras en la Historia de España, al igual que ocurre en la Historia de las otras naciones, cuyas vidas no han sido bien estudiadas, existiendo en ellas grandes lagunas que hoy son muy difíciles de rellenar, teniendo la culpa de que esto ocurra el no haber sido debidamente estudiadas, estas figuras, por sus cronistas contemporáneos. Una de estas vidas es la de Sancho el Craso.

* * *

Es sabido que Ramiro II casó dos veces; la primera, con doña Teresa Florentina, y la segunda, con doña Urraca Sánchez, hermana del rey de Navarra. Del primer matrimonio nació un hijo llamado Ordoño, y del segundo, otro, que pasó a la historia con el sobrenombre de Sancho el Craso.

No es fácil fijar con exactitud la fecha del nacimiento de éste, pero hay que suponer que fué entre los años 933 y 936, y para ello nos fundamos en un privilegio del 932, dado por Ramiro II, en el que no figura Sancho y sí su hermano Ordoño, lo que hace suponer que todavía no había nacido. Sin embargo, en otro documento del año 937, dado por estos monarcas, ya se reconoce la existencia de este niño.

Nada se sabe de su infancia, y los primeros datos concretos que se tienen de él son del año 945, en el que ya figuraba como gobernador de Burgos, cargo que debió comenzar a desempeñar cuando tenía diez o doce años, edad que hoy nos parecerá rara para un gobernante, pero que en aquellos tiempos era frecuente.

A la muerte de Ramiro II ocupa el trono su hijo Ordoño, y poco después de que esto sucediese ya se conjura contra él su hermano Sancho, que estaba ayudado en esta conjura por su tío Don García, rey de Navarra, y por el hábil político y gran guerrero Fernán González, que es citado por todos los historiadores de la época como el personaje cristiano más importante de la misma. Esta conjura cons-



FIGURA 1.ª — SANCHO I EL CRASO.
DE LA SERIE DE ESTATUAS DE REYES QUE EXISTIÓ EN EL GRAN SALÓN DEL ALCÁZAR DE SEGOVIA
ACUARELAS PINTADAS POR JOSÉ AVRIAL EN 1844.

tituyó un gran fracaso, ya que el monarca tomó acertadas medidas, con las que logró derrotarlos en las propias murallas de León. En estas fechas no se hablaba todavía de que Sancho padeciese enfermedad alguna, y sí se dice que era un hábil guerrero.

A la muerte de este monarca, acaecida en Zamora, probablemente en el año 956, ya que en esto no se ponen de acuerdo los diferentes historiadores —pues unos aseguran que ocurrió en el año 955, y otros, en el año 957—, es cuando ocupa el trono, sin competencia alguna, su hermano Sancho, que tendría entonces de 22 a 23 años.

Año y medio después de este acontecimiento es cuando el Conde castellano Fernán González —que tan gran ayuda le prestó para que fuese coronado rey—, cambia rápidamente de política y se transforma en enemigo suyo, pues quiere ahora que el futuro monarca sea un hijo de Alfonso el Monje, llamado Ordoño, a quien, a pesar de ser jorobado, lo casó con su hija Urraca.

Logra, por fin, Fernán González sus pretensiones, siendo ayudado en ellas por gran número de nobles leoneses, que sin duda alguna creían de buena fe que Sancho, por su enorme gordura, se encontraba incapacitado para ser monarca, ya que ésta le impedía, incluso, caminar con facilidad, pues en muchas ocasiones tenía que ser ayudado cuando se trasladaba a pie de un sitio a otro. Se asegura también que difícilmente podía montar a caballo y, por tanto, dedicarse a la guerra y tener la movilidad, que se consideraba imprescindible, para ser un monarca de su época. Otros historiadores añaden a esta causa la de que Sancho era un ser fastuoso y vano que deseaba imponerse de una manera autoritaria sobre la nobleza, cosa que ésta no toleró.

Esta conspiración tuvo lugar en la primavera del año 958, y entonces tendría unos 24 años, y hay que presumir que la gordura de Sancho era de fecha reciente, pues al ser coronado Rey no se nombra para nada su obesidad.

Al verse destronado y expulsado de su país, Sancho el Craso marcha a Pamplona, con el fin de explicar a su tío Don García y a su abuela, la reina viuda de Navarra Doña Tota, lo sucedido, así como para implorar su protección y ayuda, ya que desea ser nuevamente colocado en el trono de León.

Considerando, tanto el tío como la abuela, que se había cometido una gran injusticia con Don Sancho, y viendo que la única manera de reponerlo en el trono era contando con el apoyo del Califa de Córdoba Abderraman III, determinan dirigirse a él solicitando esta ayuda, al propio tiempo que la curación del monarca destronado, pues estaban convencidos de que en las condiciones físicas que se encontraba jamás sería admitido como Rey por el pueblo leonés.

Tenemos que reconocer que Abderraman III había conseguido para su pueblo, en los cincuenta años que estuvo al frente del mismo, un período de gran prosperidad y grandeza, pues a la par que guerrero era un hombre amante de las Ciencias y de las Letras, cosa que no era frecuente en aquellos tiempos.

Bajo su mandato se construyeron monumentos muy notables, figurando a la cabeza de ellos, por su grandiosidad y belleza, el palacio de Medina-Zahara [1], que mandó edificar al pie de la sierra cordobesa, y que estaba situado en el centro de una ciudad de ensueño. Se empezaron estos trabajos en el año 936, y se asegura que estaba habitado por 6.350 mujeres; 3.750, entre eunucos y esclavos, y que tenía una guarnición de más de 12.000 hombres. Estaba construído con mármoles

[1] Que el Califa mandó construir y dedicó a su esclava favorita, la más hermosa y linda de su harén, llamada Zahara, que significa Flor, y de cuyo nombre se deriva Medina-Zahara, es decir, Ciudad de las Flores.

y jaspes, con artesonados bellísimos, y en él existían objetos de gran valor, figurando entre ellos una perla extraordinaria que pendía del techo del salón de recepciones y caía exactamente sobre una fuente de jaspe que tenía un cisne de oro maravillosamente esculpido, fuente que era regalo del Emperador de Constantinopla.



FIGURA 2.ª — EN EL CENTRO DE ESTE TRÍPTICO APARECE LA FIGURA DEL REY DE ASTURIAS Y DE LEÓN, SANCHO I EL CRASO. ESTA MINIATURA PERTENECE AL «CÓDICE VIGILANO» GUARDADO EN LA BIBLIOTECA DEL ESCORIAL. LLEVA ESTE NOMBRE POR HABERLO ILUMINADO UN TAL VIGILA, MONJE DEL MONASTERIO DE ALBELDA, EN LA RIOJA, EL AÑO 976, O SEA, REINANDO RAMIRO Y SÓLO DIEZ AÑOS DESPUÉS DE LA MUERTE DE SANCHO. LAS FIGURAS DE LOS DOS REYES TIENEN AUREOLA, A LA MANERA DE LOS REYES BIZANTINOS. ENCIMA DE CADA PERSONAJE FIGURA EL NOMBRE RESPECTIVO, ALTERNANDO LETRAS GRIEGAS CON LATINAS. (REPRODUCIDO DE LA «HISTORIA DE ESPAÑA», DE F. SOLDEVILA, T. I. EDICIONES ARIEL. BARCELONA, 1952.)

Aparecía rodeado de espléndidos jardines, a los que, como sabemos, tan aficionados eran los árabes, jardines que, sin duda alguna, harían de él una mansión deliciosa en la que el Califa y su corte vivían con un ornato y magnificencia que contrastaba grandemente con la austeridad y pobreza existente en las cortes de los reyes cristianos.

A esta Corte llegó una numerosa y brillante representación de caballeros navarros, con la demanda de ayuda, en nombre Doña Tota, para que fuese repuesto en el trono de León y curado su nieto Don Sancho.

Regocijóse Abderramán por esta petición y envió a Hasdai ben Schaprut, que era el mejor de sus médicos, y, además, un hombre de gran sagacidad y exquisito tacto, para que viese al regio enfermo y volviese para informarle si era posible tal curación, y que en el caso de ser así debería realizarse en Córdoba. No se ponen de acuerdo los historiadores en si Abderraman hizo solamente esta petición, o si solicitó también la entrega de diez de los castillos que estaban en poder de los cristianos, pero a todo ello, fuese lo que fuese, accedió la corte navarra, trasladándose a Córdoba los dos monarcas, y la reina viuda, acompañados de los mejores nobles y caballeros de este reino.

Este episodio, que podemos calificar de vergonzoso para los cristianos, constituyó un motivo de orgullo para Abderraman, quien en honor de estos egregios visitantes organizó fiestas fastuosas que fueron ensalzadas por los poetas árabes.

La estancia del destronado monarca, en Córdoba, fué de tres años, estando hospedado en el propio Alcázar, aprendiendo la lengua de los árabes y sus costumbres, y tuvo la suerte de ser curado por los médicos de esta corte, entre los que sobresalía, por su gran ciencia, el médico judío [2] Hasdai ben Schaprut, a quien algunos historiadores llaman Abu-Jusuf Hasdai.

Larga fué su estancia en Córdoba, pero muy beneficiosa, ya que durante ella fué curado de su obesidad, que debió durar, como máximo, dos o tres años; obesidad que no volvió a padecer jamás.

Ya en el segundo semestre del año 960 ocupaba nuevamente Don Sancho el trono de León, y para ello tuvo que combatir y reconquistar la mayor parte de sus dominios, para lo que precisaba estar en perfectas condiciones físicas. Es a finales de este año cuando probablemente se celebró el enlace del monarca con Doña Teresa, hija del Conde de Monzón, ya que de esas fechas existen algunos documentos en los que aparece ésta como reina. Al año de celebrarse el matrimonio nació un heredero, que fué con el tiempo Ramiro III, lo que indica la normalidad fisiológica del monarca, y, por tanto, descarta que la gordura que padeció fuese de origen genital.

MARAÑÓN describe la «obesidad puberal» como una enfermedad que es muy frecuente en los años que preceden a la pubertad, o durante ésta, y que produce un cuadro llamado síndrome adiposogenital, cuya sintomatología es exactamente la del síndrome de FRÖLICH verdadero, del que se diferencia por la ausencia de síntomas en hipófisis y por ser de curso benigno y transitorio, y que dice es más frecuente y llamativa en el sexo masculino.

Esta enfermedad tan magníficamente descrita por MARAÑÓN, nosotros descartamos que fuese la que padeció Don Sancho, ya que la de éste apareció en época tardía, y en ella no había hipogenitalismo.

Debemos, además, reconocer que si se hubiese tratado de una obesidad de tipo endocrino no habría sido la curación definitiva, pues sabemos que aun hoy en día estos enfermos vuelven rápidamente, cuando se suspende el tratamiento, a tener el peso exagerado que con grandes sacrificios y cuidados se les hizo perder.

Hay que pensar que este monarca padecería una polisarcia con hidropesía, que ya fué apuntada hace doscientos cincuenta años por el historiador Padre Juan de Ferreras, cuando dice que «Don Sancho, Rey de León, se hallaba en Navarra hinchadíssimo de una hidropesía que le tenía inútil para todo, y aviendo salido vanos todos los esfuerzos de la medicina de Pamplona... se fué a Córdoba con los grandes médicos... que le curaron con gran cuidado, sólo con yerbas, restituyéndole a perfecta salud, y agilidad».

---

[2] Los judíos fueron considerados por su carácter, inteligencia y temperamento como los hombres más apropiados para el ejercicio de la medicina, y estaban muy solicitados sus servicios por los grandes personajes de la época y se les llamaba desde lejanas tierras para que efectuasen las más diversas curaciones.

Multitud de veces son citados en la Historia, en esta época que estamos considerando, los grandes servicios prestados por los médicos judíos, y nosotros vamos a citar solamente un caso en el que se ve de una manera palpable el agradecimiento del Rey de Navarra, Sancho el Sabio, hacia su médico, el judío Salomón, al que otorgó la infanzonía, consignando que ningún cristiano, ni moro, ni judío, pudieran requerirle a juicio, sino ante la corte del rey, dándole, además, siete cahizadas de tierra en Mosquera y doce dietas o peonadas de viñas en Fontellas; posteriormente, el año 1193, le hace donación de la parte regia de los baños de Albazares.



FIGURA 3.ª — SANCHO I DE NAVARRA

El concepto que los médicos de aquella época tenían de la medicina, sobre todo en cuanto a la obesidad se refiere, es poco más o menos el siguiente, según se desprende de los libros que nos legaron. Consideraban que el cuerpo humano y sus partes aumentaban de volumen, es decir, que aparecía la gordura siempre que los flúidos eran más abundantes, y que la presión lateral de los vasos aumentase. Decían que en el estado de salud hay cierta proporción entre la sangre y los humores, los que se alteraban en la enfermedad, particularmente en las afecciones caquécticas. Manifestaban que tanto la linfa como la serosidad, la bilis y otros humores eran a veces más abundantes de lo corriente, en proporción a la sangre, por lo que se creían que las hinchazones y las demás afecciones caquécticas eran producidas por la mayor presión lateral que sufren los vasos por la linfa y otros humores abundantes. La gordura excesiva, y la dilatación que ocasiona en el tejido celular, producen la obesidad, y la linfa demasiado flúida o desatada, que se derrama en los tejidos, causa el edema, y su paso al vientre, la ascitis.

Consideraban que cuando la fuerza del corazón disminuye y la circulación se entorpece, es porque el carácter de la sangre y de los demás humores se altera, y entonces la secreción de la orina y la transpiración disminuyen, disminuyendo también el color y rubicundez de la piel, lo que determina la frialdad, palidez y laxitud de las carnes.

Al estudiar la polisarcia adiposa, indicaban que se puede llamar a esta enfermedad con más propiedad obesidad, y que la polisarcia tiene por principal causa determinante la acción enérgica contractil del estómago, así como el uso de abundantes y suculentos manjares; el paso de un país caliente a otro frío; la convalecencia de una calentura maligna o nerviosa; la alegría; la abundancia y la ociosidad.

Recomendaban para su tratamiento la ingestión de ácidos, y con preferencia el vinagre, y de una manera paradójica los alcalinos, con los que afirmaban se lograban enflaquecimientos extraordinarios.

Decían que los medios más eficaces para obtener el adelgazamiento eran el ejercicio muy continuado, principiándolo con moderación, y aumentándolo por grados; el régimen dietético de tipo vegetal; el procurar que durmiesen poco estos enfermos, y para ello excitaban su imaginación por todos los medios posibles para que tuviesen una vigilia activa, y decían que si en estos sujetos se lograba excitar una pasión inocente, se conseguían grandes ventajas.

Recomendaban practicar ejercicios ligeros, así como la exposición a los rayos solares, con el fin de promover la transpiración, cosa que aseguraban era difícil en los hidrópicos; otros intentaban obtener tales efectos con los baños de vapor. Para ellos, la hidropesía era producida por la ingestión de alimentos acuosos, así como por beber aguas poco potables, aunque fuesen en pequeña cantidad, y también por tomar aguas de excelente calidad en proporción exagerada. La curación de ella debía realizarse comiendo alimentos secos, carnes asadas, etc...., e indicaban que los enfermos bebiesen aguas saludables en cantidad moderada.

* * *

Consideramos muy difícil el poder determinar con exactitud la enfermedad padecida por Sancho el Craso, pues poco o casi nada es lo que se ha escrito sobre ella. Nosotros, del estudio que hemos efectuado, y que reflejamos en las páginas anteriores, nos atrevemos a sacar las siguientes conclusiones:

Primera.—Que pudo padecer, y probablemente padeció, una polisarcia con hidropesía, que le duró dos o tres años, y que le fué curada completamente por los médicos árabes [3].

Segunda.—Que se le recomendaría una vida relativamente activa, con ejercicios moderados y baños de sol y de vapor, los que se empleaban con el fin de promover la transpiración. A los baños de vapor eran sumamente aficionados los médicos de aquella época, y con ellos conseguirían, sin duda alguna, una considerable pérdida de peso en el paciente.

Tercera.—El régimen alimenticio sería a base de alimentos secos, carnes asadas, verduras, frutas, y la ingestión de aguas de montaña, todo ello en cantidades limitadas. Se le mandaría igualmente que tomase vinagre y otros ácidos, con los que aseguraban los árabes que se adelgazaba extraordinariamente.

Y cuarta y última.—Se le recetarían purgantes benignos, como el maná, ruibarbo, sen, casia, mirabolanos, cuyo empleo aparece constantemente recomendado en los libros de aquellos tiempos.

Don Sancho el Craso, durante todo el segundo período que ocupó el trono de León, demostró ser un buen monarca y excelente guerrero, logrando reducir a la obediencia a todos los habitantes de la parte norte del Duero, faltándole solamente someter a las regiones gallegas, y cuando pretendía ésto y estaba a punto de desarrollarse una batalla que iba a sostener con el conde Gonzalo, le fué solicitada por éste una entrevista, y en el transcurso de la misma, y una vez puestos de acuerdo ambos rivales, fué obsequiado el monarca leonés con una comida, en la que se le dió una manzana envenenada, que le produjo la muerte, hecho que ocurrió en el año 966, cuando tenía aproximadamente, y según los cálculos que hemos hecho, de treinta a treinta y tres años.

* * *

Todo lo que antecede es lo que hemos podido sacar después de un meticuloso estudio sobre la vida y enfermedad del Rey de León, Sancho el Craso. Hemos intentado analizar la dolencia que pudo padecer, que es muy difícil asegurar fuese la que nosotros consideramos, ya que los cronistas de la época casi nada dicen de ella. Se ha expuesto igualmente el tratamiento que pudieron haber empleado los médicos árabes para su curación, y que tan excelentes resultados les proporcionó, y cuál fué la causa de su muerte. Si con todo ello hemos logrado aclarar un poco un capítulo tan oscuro de la Historia de España, nos consideraremos más que satisfechos.

---

[3] Fueron los árabes verdaderos maestros en el arte de conservar la salud, y en el de prolongar la vida, ya que estas cosas son las que más llamaron su atención, según se desprende de los numerosos tratados que sobre estos asuntos escribieron. Eran profundos conocedores de la química, y de esta ciencia sacaron multitud de medicamentos que empleaban con notable acierto.

BIBLIOGRAFIA

BALLESTEROS, A.—*Historia de España.* Tomo II, páginas 49, 50, 136, 137, 139, 206, 207 y 208.

BERGANZA, FRAY FRANCISCO DE.—*Antigüedades.* Tomo II, páginas 390 y siguientes.

CODORNIU, A., Y DE LA RUBIA, JOSÉ MARÍA.—*Compendio de la Historia de la Medicina.* Tomo II, libro 5.º, páginas 11, 12 y 14.

CHINCHILLA, A.—*Anales históricos de la Medicina en general.* Tomo I, páginas 25 y 29.

DE FLORES, FRAY ENRIQUE.—*España Sagrada.* Tomo XIV, página 469.

DEL CAMPO, L.—*Investigaciones Histórico-Críticas acerca de la Dinastía Pirenaica.* Pamplona, 1958, página 227.

FERRERAS, PADRE JUAN DE.—*Historia de España.* Tomo IV, página 340.

GARCÍA ALVAREZ, M. B.—*Notas sobre la enfermedad de Sancho el Craso.* «Medicamenta», número 210, tomo XVI, año IX, fecha 10-12-1951.

GARCÍA DEL REAL, E.—*Historia de la Medicina en España.* Páginas 16 y 26.

GARRISON, H.—*Introducción de la Historia de la Medicina.* Tomo I, página 119.

GONZÁLEZ PALENCIA, A.—*Historia de la España musulmana.* Tercera edición, página 47.

HERNÁNDEZ MOREJÓN, A.—*Historia bibliográfica de la Medicina española.* Tomo I, página 123.

LAFUENTE, M.—*Historia general de España.* Tomo II, páginas 318, 319, 323, 324, 325, 332, 360, 361 y 362.

MARAÑÓN, G.—*Manual de diagnóstico etiológico.* Página 553, año 1950.

MORALES, AMBROSIO DE.—*Coronica general de España.* Tomo VIII, libro XVI, capítulo XIII y supracapítulo XVII.

PICATOSTE, F.—*Historia de España.* Páginas 60 y 94.

SANDOVAL, FRAY PRUDENCIO DE.—*Historias de Idacio, Obispo...; de Isidoro, Obispo de Badajoz...; de Sebastián, Obispo de Salamanca...; de Sampiro, Obispo de Astorga...; de Pelagio, Obispo de Oviedo.* Página 277.

SILES CABRERA, M.—*Abu-Jusuf Hasdai, médico judío en la Corte de Abd-er-Rahman III. La curación de Sancho I «el gordo» de León.* «Medicamenta», número 294, tomo XXVI, fecha 15-12-1956.

ZUBIRI VIDAL, F.—*La Ciencia Médica de Al-Andalus en los Siglos XI y XII.* Páginas 4 y 6. Trabajo leído en la Real Academia de Medicina de Zaragoza, el 21 de junio de 1956.

Dirección: Paseo General Mola, 72. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 395 - TOMO LXVII
FEBRERO 1959

A PROPÓSITO DE LA MEDICINA SEXOLÓGICA

POR EL

DR. ANTONIO CASIELLO

PROFESOR TITULAR DE CLÍNICA MÉDICA

ROSARIO (REPÚBLICA ARGENTINA)

HEMOS leído con interés y con gusto el trabajo titulado «Necesidad y posible orientación de la medicina sexológica», publicado en *Orientación Médica,* número 266, página 939.

Coincidimos con el autor en la jerarquía e importancia que asigna al tema; en la observación que formula en el sentido de que existe una cierta tendencia que trata de eludir al enfermo sexual, y en la necesidad de despertar y de forjar la conciencia profesional que capte toda la trascendencia médica de este magno problema y procure encauzarlo adecuadamente. Según toda probabilidad, el médico honesto y consciente de su responsabilidad moral, en unión con los «conductores espirituales» a que alude el autor, son quienes están en las mejores condiciones para afrontar la tarea de una prudente y eficaz educación sexual a los efectos de lograr lo que podríamos considerar como *profilaxis* en este importante renglón de la Medicina: la *Sexología.*

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es indudable que aquí, como en todos los aspectos de nuestra profesión, «vale más prevenir que curar», y para evitar que siga *in crescendo* esa rama de la patología, nada mejor que una sencilla, recta y veraz educación sexual a iniciarse en la primera infancia, para continuar en las sucesivas etapas de la vida, llegando al matrimonio, sin agotarse todavía allí la influencia y las directivas médico-espirituales, ya que la vida conyugal no sólo no termina con los problemas sexológicos, sino que los plantea nuevos, creando situaciones imprevisibles que requieren imperiosamente aquella orientación para evitar la frustración de esperanzas, expectativas e ilusiones, con los consiguientes desengaños, forjadores de conflictos que, si no se remueven a tiempo, crearán en la vida de jóvenes parejas resentimientos que constituirán motivos de permanente y progresiva animosidad, con el lógico quebranto de la armonía, de la paz y del amor que se prometieron al unirse en el *sagrado* vínculo.

Hemos subrayado, con intención, el carácter sagrado del vínculo matrimonial. De no ser así, si no tuviera esa excelsa virtud que lo eleva a la categoría de «sacra-

mento magno», si hubiéramos de considerarlo como un simple contrato civil entre dos personas que se someten legalmente a él bajo determinadas condiciones, que, en caso de no cumplirse a satisfacción de una de las partes, el tal contrato pudiera ser denunciado y disuelta la sociedad conyugal mediante trámites tribunalicios, si esto aceptáramos, poca importancia tendría la actividad orientadora del médico a que antes aludíamos; ésta, en efecto, debe tender a formar y a educar a los esposos, procurando solucionar los problemas que se planteen, con miras a la indisolubilidad, a la permanencia, y no a la transitoriedad del matrimonio, constituído para cumplir mutuos y recíprocos deberes entre las partes, a los efectos de alcanzar su fin último —la procreación y educación de los hijos— y no sólo la satisfacción sexual que, con toda la importancia que tiene, es sólo el medio dispuesto por el Creador para lograr *aquel fin*.

Así considerado el matrimonio —al cual naturalmente se sienten, en general, llamados el hombre y la mujer, salvo los casos, tan respetables, de vocaciones religiosas—, alcanza su máxima jerarquía el asunto de la *educación sexológica*, que podríamos considerar como *el problema de la formación de los jóvenes, a los efectos de capacitarlos convenientemente para afrontar con éxito la seria responsabilidad de constituir un hogar*. Y tal formación no puede ser otra, para que resulte cumplida y valedera, sino la preparación para la castidad, virtud ésta que se presupone y se exige en la mujer —que de otra manera no sería honesta— y, en cambio, se subestima en el hombre, cuando no se la considera absurda o propia, en todo caso, de seres poco varoniles o sexualmente anormales.

Vigencia de la castidad

No vamos a entrar en el problema mismo de la castidad bien entendida, de su posibilidad en medio de sus tremendas e innegables dificultades, de los beneficios físicos y psíquicos que de ella emergen, de la fortaleza espiritual, de la entereza y de la virilidad de que han de estar dotados los que la practican. A quienes pretendieran mofarse de ellos o dudar de su sinceridad, o negar su existencia o su vigencia en el mundo en que vivimos, les recordaríamos lo que acostumbrábamos repetir a nuestros alumnos de Clínica Médica: no hay derecho, ni está nadie moralmente autorizado a poner en duda la sinceridad, la honestidad y la probidad de legiones de hombres y mujeres que, a través de la historia, y en nuestros días, abandonan la vida mundana con todos sus halagos —y todas sus miserias— para dedicarse a obras beneméritas de caridad, con total renunciamiento de las apetencias sexuales y de la procreación; no puede ignorarse, por otra parte, que aun sin los altos ideales que sublimizan la actitud y la conducta de tales gentes, por motivos menos trascendentes, simplemente de carácter deportivo o atlético, hay quienes se someten de buen o mal grado a la castidad, aunque sea en forma periódica; y, finalmente, nadie podrá tener la osadía de desmentirnos o de poner en duda nuestra veracidad cuando recordamos —como lo afirmábamos, ante la expresión de sorpresa de nuestros discípulos— que, personalmente, hemos tenido el honor y la satisfacción de ser consultados, como lo han sido otros colegas, por muchachos, en vísperas de sus nupcias, sobre la técnica —valga la expresión— del acto sexual; es decir, que llegaban allí incontaminados, con la misma virginidad que descontaban, desde luego, en sus futuras esposas. La consulta se realizaba con la mayor naturalidad, sin que existiese ni siquiera la inhibición, el embarazo o el rubor, por la falta de un conocimiento cabal del problema, ya que se trataba en todos los casos de jóvenes que *espontánea, libre y conscientemente* habían llegado a esa situación; de muchachos, por otra parte, ilustrados, profesionales universitarios, algunos

de actuación destacada en los ambientes de sus actividades. Digamos, en fin, que han sido excelentes esposos y padres de familia.

Posición del médico en materia de educación sexológica
Los padres, los maestros, los directores espirituales

Aceptada, pues, la realidad —no sólo la posibilidad teórica— de que nuestros muchachos lleguen castos al matrimonio, y reconocidos los tremendos escollos que hay que superar para lograrlo, he aquí una tarea mayúscula a la que no puede negar el médico de conciencia su imponderable, su insustituible colaboración; he aquí una tarea trascendente, realmente digna de la medicina sacerdocio. Lo demás sería pequeño, mezquino, rastrero. Si la actividad nuestra hubiera de orientarse de acuerdo a escuelas que establecen que la normalidad psicosomática se altera con la observancia de la castidad y que, en este orden de cosas, todo se resuelve mediante el comercio sexual, que teóricamente se pretende controlar, ritmar, dosificar mediante planes de pedagogía sexual, caeríamos en un programa reducido, minúsculo, de instrucción, con miras a la profilaxis, a la terapia de las enfermedades venéreas o a la prevención de posibles embarazos y, en su caso, a la interrupción de los mismos. Todo esto nos llevaría a un plan de prostitución reglamentada (retrotrayéndonos a momentos hasta cierto punto superados), con toda la gama de miserias de todo orden que esa lacra moral —vergüenza y oprobio de la sociedad— lleva aparejadas. En resumen, seríamos cómplices de un proceso que, en lugar de contribuir a formar una juventud sana y fuerte —física y espiritualmente—, capaz de resistir y vencer los embates de las naturales pasiones, encauzándolas, sublimándolas consciente y voluntariamente, forjaríamos, en cambio, una muchachada esclava de sus instintos, proclive al vicio, endeble y disipada. No se nos escapa, desde luego, que es mucho más fácil tolerar esto último que alcanzar lo primero, que ha de constituir un ideal, es cierto, pero no innaccesible ni ilusorio, sino factible y realizable, siquiera sea a costa de sacrificios y de luchas, ya que nada grande se logra sin esfuerzo.

A ello debe tender, así lo consideramos, la *educación sexual* en su verdadera y noble acepción. ¿Cómo lograrla? Una conjunción de elementos y de recursos deben ponerse en marcha. Dijimos al principio que ella ha de iniciarse desde la más tierna edad; los naturales docentes deben ser, en consecuencia, los propios progenitores; pero éstos, habitualmente, no están capacitados para afrontar tal tarea en las condiciones debidas; aquí el médico y el asesor espiritual llenarán cumplidamente su cometido, aleccionando a los padres, a los efectos de prepararlos para los momentos más difíciles que se sucederán en la edad escolar, en la pubertad, etc.

No podríamos extendernos en detalles sobre el problema que consideramos; alguna vez tuvimos oportunidad de tratarlo con cierta amplitud, en una conferencia pronunciada en el Consorcio de Médicos Católicos de Buenos Aires y publicada en «Iatria» (noviembre de 1942).

Sin embargo, deseamos destacar el tino y el tacto con que se ha de abordar la educación sexual, sobre todo en el niño y en el adolescente. Estimando en todo su valor la influencia a este respecto del *maestro*, advertimos, sin embargo, que no siempre está preparado para tal misión; y que no todos los docentes —nos referimos especialmente a los que actúan en establecimientos fiscales— aceptarían o propiciarían, tal como ocurre también entre los médicos, el concepto de la educación sexual con miras a la castidad. Pero, por sobre todo, debemos advertir que la educación sexual ha de impartirse en forma *reservada*, como puede ocurrir en el hogar, de padres a hijos, y no trasmitida en común, en una clase, en una charla,

a un conjunto más o menos numeroso, aunque sea de un solo sexo —¡ni hablar de educación mixta en estos asuntos!—, aunque los oyentes sean más o menos costáneos y de un similar nivel mental: siempre habrá matices inaparentes que distinguen psíquicamente a unos de otros, lo que ocasionará diferencias de captación y de interpretación de las ideas expuestas; siempre habrá variedad en los sentimientos y en las percepciones sexuales, que luego originarán el diálogo reservado, entre los educandos, que puede derivar hacia desviaciones inconvenientes. Debe ser norma en esta materia que al niño a quien se alecciona, con veracidad y con sencillez, se le debe colmar, por así decir, su apetencia intelectiva; ésta ha de quedar plenamente satisfecha, sin que haya lugar a dudas o incomprensiones, para resolver las cuales buscará la opinión o el informe del compañero; y éste no siempre estará en condiciones, lógicamente, de dar una conveniente orientación. De allí lo limitado de las posibilidades de la educación sexual, en común, en las escuelas, ya que los riesgos pueden ser mayores que los beneficios que se pretende obtener.

Necesidad de la formación moral para la educación sexual

En definitiva, es menester aceptar que la educación sexual, tal como entendemos debe orientarse, constituye una tarea ardua en la que todos los recursos humanos puestos en juego logran difícil y excepcionalmente ese objetivo. De allí que muchos terminen por sostener que es imposible la castidad, y entonces se renuncia a alcanzarla, se renuncia a la lucha, y todo se limita —¡repugnante solución!— a orientar y a guiar al muchacho alejándolo de la masturbación para conectarlo, en momento «oportuno», con la prostitución. No hablemos de las consecuencias que se seguirán..

Ambos hechos —masturbación y prostitución— son considerados como «males necesarios», aceptables según la edad del sujeto. No se piensa que es inútil pretender atenuar la importancia de esos males «dosificándolos» para evitar dañosos «abuso». Es necesario *evitar el mal* mediante una adecuada profilaxis, o *irradicarlo totalmente* cuando ya está en actividad. Lo demás es ilusorio; no es posible andar «con medias tintas».

Al vicioso, como al toxicómano, no basta controlarle las dosis, limitándolas simplemente; es indispensable llegar a su total y definitiva supresión, para lograr un efecto acabado y útil, al abrigo de toda posible recidiva, y esto, con ser difícil —lo repetimos—, no es imposible. No teorizamos. Hablamos con experiencia.

Hemos dicho que la castidad existe y observamos que se practica, a pesar de la vida turbulenta que vivimos.

Hay que agregar, en seguida, que los que tienen la fortaleza y el mérito de abrazarla, añaden otros recursos a los recursos puramente humanos; ellos están pertrechados con la armadura de la fe y con los auxilios de la religión, únicos capaces de sostener la férrea voluntad puesta en juego para salir airosos en los embates con que se ven acosados por las tentaciones del mundo y el bullir de las propias pasiones. Surge de esto la trascendente posición que ocupa en nuestro problema el asesor espiritual, que no va a la zaga de la que le corresponde al médico —con ser tan grande—, sino que, por lo menos, corre pareja con ella. El confesor, libremente escogido, en sus coloquios reservados con el confidente, es capaz como nadie de llegar a penetrar en los repliegues más recónditos del alma, conocer a fondo todas sus inquietudes y debilidades y subvenir a ellas con medios sobrenaturales que sólo él puede manejar; y sólo él puede devolver la calma, la paz y la tranquilidad a un espíritu conturbado, y la serenidad y la fortaleza necesarias para proseguir, sin desmayos, la lucha de cada día.

A este respecto está de más la idea de sugerir al confesor orientaciones en el sentido de que ha de guiar a los interesados *sin prejuicios y sin presuntos castigos extraterrenales*. No se puede hablar con sentido peyorativo de «prejuicios», que no son tales, cuando se alude a principios y verdades religiosos no impuestos, sino libre y conscientemente aceptados por quienes los practican; y en cuanto a las «presuntas» penas extraterrenas, para no entrar en discusiones bizantinas, nos limitaremos a traer a colación el conocido soneto de autor anónimo de la edad de oro de la poesía española en que se manifiesta, en efecto, el amor de la Divinidad como fuente de vida espiritual..., pero no se subestima el santo temor a esa misma Divinidad: «No me mueve, mi Dios, para quererte — El cielo que me tienes prometido; — Ni me mueve el infierno tan temido — Para dejar por eso de ofenderte. — Tú me mueves, Señor; muéveme el verte — Clavado en una cruz y escarnecido; — Muéveme el ver tu cuerpo tan herido; — Muévenme tus afrentas y tu muerte. — Muéveme en fin, tu amor de tal manera, — Que aunque no hubiera infierno, te temiera. — No me tienes que dar porque te quiera, — Porque aunque lo que espero no esperara, — Lo mismo que te quiero te quisiera».

Patología sexual y delincuencia

Hemos hablado de la preparación para el matrimonio como ideal de vida para el hombre, salvas las vocaciones religiosas. Pero hay núcleos de seres que, por variadas razones que no vamos a analizar, mantienen un celibato al margen de la castidad; de estos se reclutará, a no dudarlo, un cierto porcentaje de casos que irán a engrosar las estadísticas de la patología sexual, marginando los límites de la delincuencia, en cuyas redes caerán no pocos, a través del alcohol y de las aventuras y vicisitudes de una vida de molicie y de disipación. No necesitamos ponderar la extraordinaria y ardua labor que compete también en estos casos —cuya profilaxis no logró realizarse— al médico, y siempre, también, al director de conciencia, a los efectos de rehabilitar moral, física y socialmente a los que cayeron, acaso porque la sociedad fué remisa para ampararlos y sostenerlos en momento oportuno.

El matrimonio: sus conflictos

Prescindiendo de esos hechos que se apartan mucho de la normalidad, aun en el matrimonio corriente, existe un amplio campo de acción orientadora a cargo del médico psicosomático y del médico del alma.

No haremos sino citar algunos de los hechos que suelen ser motivo de consulta: el sufrimiento y la patología de desfloración, torpemente realizada; el excesivo temor por el trauma físico de la cópula; el vaginismo, la frigidez; la dispareunia; la impotencia, psíquica u orgánica; la esterilidad; el temor a la prole; las prácticas anticoncepcionales y la frondosa patología que de ella se deriva; el aborto provocado —no siempre con el consenso mutuo, sino impuesto a veces por uno de los cónyuges, el más egoísta, desde luego—, con todas sus conocidas derivaciones; las incompatibilidades de caracteres —no estudiados en la medida y con la profundidad requeridas durante el noviazgo—; la falta de idoneidad para el manejo y el sostenimiento del hogar; la educación de los hijos; las relaciones recíprocas de cada uno de los cónyuges con los familiares de los otros; los celos, motivados o no; la incomprensión del problema de la meno y de la andropausia, con los trastornos psíquicos de ellas emergentes; la exigencia, a veces morbosa, del hiperfoliculismo, coincidiendo con la declinación de la aptitud, en el climaterio masculino; el «donjuanismo» de esa época de la vida; la *infidelidad*: cuántas veces la indiferencia

y el descuido de la mujer en lo que suele llamarse «pagar el débito», es decir, satisfacer la apetencia frecuentemente desconsiderada, es cierto, del cónyuge, lleva a éste a saciarla en otras fuentes —el cónyuge, bien entendido, que nunca supo de la castidad y de la continencia, virtudes que también rigen en el matrimonio—. Después hemos escuchado los lamentos, expresiones de una gran amargura, de una profunda depresión psíquica: suelen decirnos esas desventuradas esposas —cuando lo han perdido todo, porque a eso se llega— que se conformarían, que tolerarían la vida irregular del marido en la calle, pero ellas querrían seguir siendo reinas en el propio hogar; u otras, más modestas, reducirían sus pretensiones conformándose con que el cónyuge se acordara de ellas alguna vez... siquiera fuese con alguna migaja del afecto del noviazgo o de los primeros tiempos..., sin tener en cuenta, las pobres, lo difícil que resulta repechar la cuesta cuando la sima a que se ha llegado es tan honda. ¡Qué tremenda y dura resulta la tarea para competir con la rival! Una humilde mujer extranjera nos lo manifestaba así, en su media lengua, con su escasa cultura, pero con una clara comprensión del conflicto: «Yo no puedo ser —decía— bastante puta como la otra, para conformar a mi marido».

Estos múltiples problemas, fácilmente solucionables muchos de ellos cuando llegan a tiempo a la consulta, crean, mientras tanto, una serie de resentimientos, a los que antes aludimos, que rompen la armonía conyugal, culminando, a veces, lamentablemente, en la separación y en el divorcio con todas sus consecuencias, en especial para los hijos, pero también para los propios actores y para la sociedad misma.

Muchas de estas cuestiones son de la incumbencia o del resorte de los consultorios de uro y ginecología, según lo apunta atinadamente el autor del artículo que comentamos. Los colegas de tales especialidades harán bien en tener en cuenta siempre el aspecto sexológico y psicológico de sus pacientes, y a ellos derivará el médico práctico los enfermos que han menester del recurso de los especializados. Pero entendemos que el médico práctico y, en especial, el médico de familia, que desafortunadamente va desapareciendo, son los que están en las mejores condiciones para que en ellos se deposite la confianza indispensable para la confidencia, a la que cuesta y se tarda en llegar muchas veces, por el pudor, difícil de salvar, habida cuenta de la naturaleza íntima y reservada, vergonzante o dolorosa de la cuestión a plantear.

Necesidad de la adecuada orientación sexológica

No hay ninguna duda de que el progreso de la cultura sexológica bien orientada, y su difusión, tanto entre los médicos como entre las gentes, está llamada a realizar un gran bien a la familia y a la sociedad, preservándolas, en muchos casos, de verdaderas tormentas psicológicas, somáticas y sociales, cuyas ingratas consecuencias palpamos todos los días.

De ahí que veamos complacidos y aplaudamos sin reservas toda inquietud, llena de entusiasmo y de fervor, encaminada a estudiar, a desbrozar y a resolver este importante problema, para el cual el médico no siempre está entrenado, ya que, en términos generales, puede decirse que a su paso por las aulas universitarias nunca oyó que se lo tratara. Digamos, en nuestro descargo, que desde la cátedra siempre supimos encontrar oportunidades para orientar adecuadamente a nuestros discípulos en este apasionante asunto de permanente actualidad.

RESUMEN

Después de destacar la importancia del problema sexológico, se alude a la acción educacional y profiláctica, que ha de estar a cargo, primordialmente, de los padres de familia y de los conductores espirituales. Los primeros, unidos en el sagrado vínculo matrimonial —indisoluble—, son los encargados natos de la educación de sus hijos, que no puede ser otra sino la preparación para la castidad. Se sostiene que ésta, no sólo es posible —a pesar de todas las reconocidas dificultades para lograrla—, sino que es útil para la salud física y espiritual, y para forjar y templar el carácter de la juventud, tanto de uno como de otro sexo, citando a este respecto, para afirmar su vigencia, no únicamente a quienes viven en religión, sí que también a jóvenes de vida social —incluso universitarios— que antes de contraer nupcias han consultado al autor sobre la técnica del acto sexual.

La educación adecuada ha de comenzar desde muy temprana edad, en el hogar; se fortalecerá luego la castidad con las prácticas religiosas y con la orientación espiritual a cargo del confesor, cuyas características de confidente reservado y de conocedor profundo de las conciencias, se ponderán, además de su don de administrar, con los sanos consejos, los indispensables recursos sobrenaturales.

En cambio, la escuela, en términos generales, no es ambiente propicio para tratar el problema en cuestión, por la heterogeneidad del alumnado, aun de un mismo curso, y por los riesgos que comportaría una presunta educación sexual en público, y con mentalidades diversas en materia de inclinación y de educación sexual.

Se destaca, en cambio, la sana influencia del médico, sobre todo del médico de familia —que ya va desapareciendo lamentablemente—, en la orientación y en la solución de una serie de cuestiones vinculadas con el sexo, tanto en la niñez y en la juventud como en la vida matrimonial. En este sentido se encarece la necesidad de capacitar a los futuros médicos, y de interesar a los actuales en una sana orientación moral para colaborar en la solución adecuada de los problemas siempre candentes de la sexología.

Dirección: Buenos Aires, 1.540. Rosario (República Argentina).

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 395 - TOMO LXVII
FEBRERO 1959

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE SANTA CRUZ DE TENERIFE

TERAPÉUTICA ACTUAL DE LAS LEUCEMIAS (*)

POR EL

DR. ENRIQUE ROMERO VELASCO

PROFESOR ADJUNTO DE PATOLOGÍA MÉDICA (SERVICIO PROF. M. SEBASTIÁN).
DIRECTOR DEL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN DE LA CRUZ ROJA

VALLADOLID

TRATAMIENTO ESPECIAL DE LAS DISTINTAS FORMAS DE LEUCEMIA

En este capítulo vamos a exponer de manera resumida la pauta a seguir en forma práctica y clínica ante un enfermo de leucemia, sin detenernos ya apenas en las consideraciones de los distintos fármacos o procederes a utilizar.

TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA AGUDA

En el *tratamiento* de todo enfermo con leucemia aguda, nuestro proceder tenderá siempre a conseguir dos cosas: una primera, de *remisión clínica* en el sentido de mejorar su mal estado, conseguir la apirexia, devolver el estado de ánimo psíquico tan decaído en estos pacientes, el apetito, etc. Este primer punto es imprescindible, porque mediante el mismo podremos situar al enfermo en condiciones de obtener, con la medicación específica del caso, el segundo fin de la terapéutica en estos pacientes.

El segundo fin o fundamento consiste en conseguir la *remisión hematológica*, es decir, poder situar el recuento leucocitario y la fórmula en condiciones, si no normales, por lo menos mejoradas y con cierta continuidad de compensación; se trata, por ejemplo, de si el enfermo tenía 250.000 leucocitos, disminuírselos alrededor de los 40 ó 50.000, y si en su fórmula leucocitaria figura un 50 por ciento de formas inmaduras, hacerlas desaparecer o dejarlas en una proporción no superior a un 10 por ciento. Es lógico que en nuestro afán natural de médicos intentemos siempre resolver el caso con remisión completa; pero podemos decir que hacemos remitir una leucemia aguda con sólo que consigamos las mejorías hemáticas descritas anteriormente.

Para conseguir estos dos fines, nuestro plan a seguir debe ser el siguiente:

1) Primeramente debemos intentar diferenciar el tipo de leucemia aguda en el sentido de si es linfática, mieloide, monocítica o, lo que es en cierto modo frecuente, de paraleucoblastos o leucemia aguda indiferenciada; en ocasiones, como la práctica nos ha enseñado, muchas veces es difícil otorgar el apellido específico del tipo de leucemia aguda por tratarse de células mononucleadas inmaduras y que unas veces se parecen a micromieloblastos, otras a linfoblastos y otras a esos paraleucoblastos cuyo término ya nos indica esta indiferenciación. Cuando tengamos duda por los resultados analíticos del tipo, no obstante llevaremos a cabo el tratamiento con rigor que vamos a enumerar posteriormente, y en las dos disyuntivas evolutivas que pueden caber en el paciente, que son: o el fracaso con fallecimiento, o la remisión, en el primer caso igual nos da no haber obtenido el diagnóstico específico, y en el segundo, al remitir el cuadro hematológico, podremos entonces hacer el diagnóstico exacto al corregirse el estado de indiferenciación celular inmadura y poder entonces valorar exactamente el tipo morfológico leucocitario.

2) A los tratamientos de un enfermo de leucemia aguda debe otorgárseles siempre la categoría e importancia que requieren, para lo cual es obligación del médico indicar a los familiares la gravedad del caso, la dificultad de su tratamiento y la pequeña minoría de remisiones que se consiguen, y practicamente, nunca de curaciones completas. Por esta razón, al paciente debe tratársele, siempre que podamos, en medios sanatoriales u hospitalarios, en los cuales se puede realizar el plan con toda minuciosidad, tanto en el aspecto terapéutico como en el de la vigilancia de análisis.

No hemos de olvidar tampoco que el informe de los análisis debe recaer siempre en persona de garantía, ya que la hematología no es tan fácil de conocer y de diagnosticar en sus formas, especialmente en estas leucemias agudas.

Unido a este segundo apartado de cuidados generales, indicaremos que la persona debe ser atendida por personal, si no especializado, por lo menos sí específicamente encargado del caso a base de especiales cuidados higiénicos de limpieza, sobre todo de la boca, etc.

3) Las remisiones que se consiguen en las leucemias agudas son, en realidad, pequeñas; pero con los modernos tratamientos, en estos últimos cinco años, se consiguen remisiones casi en el 50 por ciento de los casos; pero hemos de hacer constar que estas remisiones son sumamente cortas, ya que se trata muchas veces de períodos de uno a seis meses y raramente más de un año sobreviven estos enfermos. En la época anterior a la utilización del tratamiento básico que vamos a enumerar, las remisiones no llegaban nunca a un 5 por ciento.

El pronóstico evolutivo de esta enfermedad es, por consiguiente, hasta el momento actual, fatal, terminando con exitus letal, y lo que más podemos conseguir es una remisión temporal de unos meses, siempre esperanzadores para el enfermo, porque pueden surgir en este período, en un sentido teleológicamente moral, otros procederes o fármacos que pudieran lograr la curación definitiva de esta enfermedad. Por otro lado, nunca falta la excepción de algún leucémico agudo que consiga la remisión completa, como nosotros tenemos un caso publicado ya hace años.

4) El *tratamiento básico* o inespecífico y general de los enfermos leucémicos lleva como base el conseguir la mejoría subjetiva del paciente y objetivamente colocarle en unas mejores condiciones orgánicas, en primer lugar, para que tolere las medicaciones específicas, de las que luego trataremos, y, sobre todo, para que pueda sobrevivir en esos terribles días de agudeza y gravedad, y de esta forma llegar a hacer efecto las medicaciones específicas antileucémicas, que casi todas ellas requieren, por lo menos, un período de quince días de su administración.

En este tratamiento básico utilizaremos tres procederes:

(*) Conclusión. Véase n.º 394, enero 1959.

a) *Transfusiones de sangre.*—Las transfusiones de sangre deben realizarse *siempre* y en suficiente intensidad, como, por ejemplo, 300 c. c. de sangre total diarios, para pasar, si todo va respondiendo bien, a transfusión alterna durante otros quince a veinte días y, por último, a dos transfusiones semanales. La frecuencia de la transfusión, como es natural, la marcará el estado más o menos aparatoso y grave del enfermo.

En los lactantes o leucemias infantiles de niños muy pequeños puede intentarse la exanguinotransfusión, que en los adultos resulta prácticamente irrealizable, puesto que tendrían que administrárseles más de 35 litros de sangre, hecho casi imposible de realizarse en la práctica clínica. En cambio, en los adultos sí que podremos realizar la transfusión de sangre total, con una previa sangría de la misma cantidad de sangre que se va a inyectar, sobre todo a partir del tercer día de la transfusión; en casos extremadamente graves puede hacerse una sangría de 500 c. c., y la transfusión de la misma cantidad.

b) *Hormonas antiinflamatorias.*—La utilización del ACTH, cortisona y prednisona, unido a la transfusión, se considera hoy día como el tratamiento básico y fundamental de la leucemia aguda; la dosis en estas formas agudas de leucemia debe ser alta y nosotros aconsejamos los 100 miligramos de ACTH, ó 300 de prednisona, o un gramo de cortisona diario, y algunos autores, como por ejemplo DUBOIS-FERRIERE (1956), aconsejan cifras todavía más altas, de 2 a 3 gramos de cortisona por día y de 300 miligramos a un gramo de prednisona. KARNOSSKY aconseja los 300 miligramos de ACTH por día (1954).

Estos fármacos hormonales ayudan, junto con la transfusión, a mejorar el estado general, devolver cierta tranquilidad u optimismo al paciente, recuperar el apetito y hacer casi siempre desaparecer la fiebre; incluso las transfusiones apenas producen reacciones cuanto están sometidas a la vez a esta opoterapia. Se debe utilizar en cualquier tipo de leucemia aguda, pero resulta especialmente beneficiosa en las que son de tipo linfoide, como está aceptado por todos los hematólogos; por ejemplo, el anteriormente citado, DUBOIS-FERRIERE, consiguió, en ocho leucémicos agudos, seis remisiones bastante prolongadas, con las dosis ya expuestas.

c) *Antibióticos.*—Consiste en ellos el tercer proceder, que, unido a los dos anteriores, constituyen el trípode de la medicación básica antileucémica aguda. Los antibióticos, por un lado, ayudan al descenso de la fiebre cuando ésta es producida por infecciones, y por otro, evitan la aparición de las mismas. Ya hemos dicho en capítulos anteriores que, en nuestra opinión, no son tan frecuentes las fiebres de los leucémicos por infecciones; pero como en realidad también ocurre, más vale siempre prevenirnos ante esta contingencia patogénica y tratar a los pacientes con antibióticos. Se administrará penicilina a la dosis de unas 600.000 a 1.000.000 U. diarias, y medio gramo de estreptomicina, también por día; se mantendrá esta cura mientras dure el período de tratamiento básico, y además, por lo menos, debe mantenerse cuatro o cinco días después de suspendida la medicación de ACTH o cortisona, puesto que ya sabemos que esta opoterapia inhibe la reacción defensiva antimicrobiana y, por consiguiente, al suspenderse, podrán derivarse septicemias o diseminaciones bacterianas que complicarían el siempre incierto porvenir de los leucémicos. Cuando la penicilina o estreptomicina no las consideremos pertinentes, o por intolerancia o porque ya se ha puesto mucha en el enfermo, o porque apenas realiza efecto, podemos cambiarlas (y algunos autores incluso las sobreañaden) con la eritromicina, a la dosis de 200 miligramos cada seis horas, por vía oral, como recomienda FARRERAS.

Con este *trípode antileucémico* de transfusiones, ACTH o córticosteroides y antibióticos, mantenido con intensidad y sin interrupción, podremos tener la esperanza de conseguir, como hemos indicado antes, por lo menos un 50 por ciento de remisiones temporales.

5) *Tratamiento específico.*—El tratamiento específico consiste en la utilización, a la par que el básico, de medicaciones que actúen de forma ya más específica sobre las leucemias y sobre su alteración hematológica. Para ello podemos utilizar preferentemente los antimetabolitos, y, en cambio, *no debemos utilizar* los fármacos citostáticos o antimitósicos por su claro peligro, según se deduce de la observación clínica personal y de las referencias de todos los hematólogos.

Dentro de los *antimetabolitos* disponemos de los antifólicos de la mercaptopurina, y del uretano.

De los antifólicos utilízase, en especial, la aminopterina, por su menor toxicidad y con mejores resultados en las leucemias agudas de tipo linfoide. HALLER, en 1956, encuentra muy beneficiosos resultados con este antimetabolito, unido a la cortisona, hecho también admitido por HEILMEYER y BERGMANN, recientemente.

La 6-mercaptopurina o purinethol se puede utilizar exactamente igual que la aminopterina, y además debemos tener en cuenta que enfermos que no responden, sin saber exactamente la causa, a la aminopterina, responden a lo mejor a la mercaptopurina, y viceversa. Por lo cual utilizaremos uno de los dos, y si, pasados unos diez días, el enfermo no ha respondido nada hematológicamente, puede cambiarse al otro antimetabolito.

El uretano ya hemos indicado que está desechado por algunos autores, por los peligros que determina de aplasia medular, y en especial en la eritropoyesis roja con anemias aplásticas; no obstante, muchos hematólogos lo siguen defendiendo, y los españoles muchas veces no tenemos más remedio que utilizarlo ante la falta fácil en el comercio de los otros antimetabolitos citados. El uretano se administrará en estos casos sin dejar de realizar el tratamiento básico, a la dosis más bien débil de uno o dos gramos diarios y con un minucioso estudio de la serie roja, blanca y plaquetas. En las formas de leucemia aguda mieloide, el uretano, manejado con esta prudencia citada anteriormente, puede ayudar de forma más específica a la remisión del enfermo.

No hemos de olvidar que si se presentan reacciones tóxicas por los antimetabolitos podemos bajar la dosis o incluso suspenderla; pero un medio de contrarrestar esta acción consiste en la administración de ácido folínico como el leucovarín, pero sin que su administración sobrepase la acción de los antimetabolitos que precisamente actúan inhibiendo éste. En nuestra experiencia, cuando hay manifestaciones tóxicas, es mejor suspender la medicación y cambiarla por otra.

En las leucemias agudas linfocíticas o linfoides utilizaremos, por consiguiente, la aminopterina o mercaptopurina, empezando por la primera, y si no responde, utilizando la segunda.

En las leucemias agudas mieloides podemos utilizar los anteriores antimetabolitos o el uretano, con gran prudencia.

En las leucemias monocíticas la respuesta es, al igual que en las leucemias de paraleucoblastos, mucho peor que en los anteriores, aunque autores como KARNOSSKY insisten en que responden bastante bien a la mercaptopurina, mientras que los antifólicos apenas actúan.

Con este tratamiento específico, unido a los anteriores fundamentales, ha mejorado mucho por lo menos el pronóstico inicial de las leucemias agudas. BURCHENAL, en 1954, estudia ciento cincuenta y cinco casos de leucemia aguda, que

ya es una casuística elevada, uniendo las transfusiones, ACTH, antimetabolitos y antibióticos, y consigue de todos ellos una remisión en cuarenta casos, que se mantenía al año de realizado el plan. Este mismo autor hace constar cómo en ciento cincuenta casos de leucemia aguda no tratados sólo se consiguieron dos remisiones. De los remitidos con el tratamiento indicado, en seis de ellos incluso se mantenía la remisión a los dos años, y en uno perduró cuarenta y dos meses.

No debemos olvidar que existen *remisiones espontáneas* que, sin necesidad de tratamiento alguno, podrían también remitir, como el caso publicado por BIRGE y colaboradores, en 1949, de una mujer que, embarazada, presenta a los ocho meses una leucemia aguda; se produce un parto prematuro y, sin medicación antileucémica alguna, a los pocos días remite espontáneamente el cuadro, quedando totalmente bien, hasta que a los veintiún meses se vuelve a remitir y fallece. Los mismos dos casos dentro de los ciento cincuenta enfermos tratados por BURCHENAL son un ejemplo de remisiones espontáneas.

No olvidemos que debe realizarse un diagnóstico hematológico y clínico perfecto para evitar tomar como leucemias agudas sencillas reacciones leucemoides, aunque, en general, éstas siempre van acompañadas de una causa fundamentalísima y grave y no tienen la aparatosidad ni el sello hematológico característico de las leucemias agudas.

LEUCEMIAS CRÓNICAS AGUDIZADAS

En estas leucemias que, siguiendo una evolución crónica, se agudizan, la pauta o guión de tratamiento es una actitud intermedia entre el tratamiento de las leucemias agudas y el de las crónicas. Conocemos que hay una agudización de la leucemia crónica cuando concurren los siguientes hechos:

1. Aparición de mal estado general, con intensa astenia, anorexia y, muchas veces, trastornos dispépticos digestivos.
2. Aparición de fiebre, unas veces moderada febrícula y otras fiebre alta, en ocasiones de tipo séptico y otras de forma irregular.
3. En ocasiones, aumento de bazo, de los ganglios, pero en algunas observaciones no es muy ostensible esta agravación orgánica de los tejidos afectos por la leucemia.
4. Hematológicamente se presenta con una relativa brusquedad disminución de los hematíes, aumento considerable de los leucocitos y aparición en la fórmula de gran número de formas inmaduras. Cuando un paciente se encuentra en estado crónico de su leucemia y manteniendo, por ejemplo, los 30 a 40.000 leucocitos y un noventa por ciento de linfocitos y sólo algún linfoblasto, si de repente decae su estado general y en el estudio hematológico nos encontramos con 200.000 leucocitos y un 30 ó 40 por ciento de linfoblastos, podemos asegurar que se trata de una agudización de su leucemia crónica linfoide.
5. No es infrecuente que en estos casos de agudización de las formas crónicas surjan trombopenias con su consecutivo cuadro hemorragíparo, infecciones bacterianas, lesiones de mucosas y cutáneas, etc.

En estos casos agudizados o de descompensación clínica y hematológica debemos hacer terapéuticamente lo siguiente:

Por un lado, el *tratamiento inespecífico básico*, como transfusiones, ACTH o cortisona, en especial en linfoides, y antibióticos.

Por otro lado, el *tratamiento específico* de la leucemia crónica, a la que corresponde, pero con una exquisita prudencia, que se debe extremar, puesto que

son más fáciles estos pacientes de caer en estados de aplasia medular cuando se encuentran en la forma crónica bien compensada. Por consiguiente, una vez repuesto con el tratamiento básico el estado general, se iniciará poco a poco la medicación de la leucemia crónica mieloide, si era de esta forma, o de la linfoide, si el paciente se correspondía a esta modalidad.

LEUCEMIA CRÓNICA MIELOIDE

Requiere, ante todo, el saber, por un lado, qué tratamiento debemos utilizar, y, por otro, cuándo y cuánto tiempo lo debemos prescribir; tan importante para el médico es conocer qué fármacos debe dar a un leucémico crónico mieloide, como saber cuánto se le debe dar y cuánto tiempo debe estar administrándosele.

Hemos de hacer constar que muchos de estos pacientes, en su forma crónica, están bien compensados en el sentido clínico y hematológico (recordemos que bien compensados no significa que la fórmula sea normal, sino que se mantiene regularmente en la misma proporción siempre), y en estos estados, que son muy frecuentes, ya que incluso se diagnostican leucemias en enfermos que aparentemente no mostraban sintomatología de ellas, muchas veces el realizar un tratamiento antileucémico específico intenso supone una puesta en marcha de sus posibles agudizaciones, descompensaciones e incluso aceleración del exitus letal.

Por consiguiente, las medicaciones que vamos a enunciar serán dadas con dosis débiles al principio, y vigilancia del cuadro hematológico por lo menos cada dos o tres días, con objeto de ir estudiando la *sensibilidad personal* del paciente a este fármaco; cuando por efecto del mismo disminuyen en forma muy rápida los leucocitos, tenemos el peligro de pasarnos de la raya y motivar un cuadro de aplasia medular; cuando, después de estarlo administrando cierto tiempo, que, como una norma general, pueden ser quince o veinte días, el paciente no ha experimentado la más ligera variación de su cuadro hematológico, debemos suspender la medicación, porque no vamos a conseguir resultado beneficioso alguno y, por el contrario, le administramos fármacos tóxicos para su medula ósea y su organismo.

Por consiguiente, lo perfecto es encontrar el fármaco que haga aminorar el recuento leucocitario, que es lo primero que responde a la medicación, y paulatinamente, en el transcurso de diez a veinte días, irse mejorando la fórmula en el sentido de disminuir las formas inmaduras progresivamente.

Las dosis a utilizar ya han sido descritas en el capítulo anterior y no vamos a insistir en ellas, y con respecto al tiempo en que se debe mantener la cura, aunque ha sido ya citado, recordaremos que solamente nos servirá como pauta indicadora el resultado hematológico; cuando después de conseguida una mejoría más o menos ostensible en el estudio sanguíneo, después de mantener la cura unos quince días, el enfermo no mejora ya más de su alteración leucocitaria, debemos aceptar que, patogénicamente, esa leucemia ya no es más sensible a la medicación, y, por consiguiente, puede irse, progresivamente, disminuyendo hasta suspenderla.

Los cambios de medicación deben realizarse siempre con prudencia en el sentido de que, una vez dada una medicación y visto su nulo efecto, o sencillamente que lo hemos suspendido por mejoría, no se debe utilizar otro fármaco enérgico sin antes dejar un compás de espera de dos a cuatro semanas en el enfermo, que puede en ocasiones asociarse a una cura de tipo general, como transfusiones y pequeñas dosis de ACTH o prednisona. En algunas ocasiones nos vemos forzados al cambio rápido de medicación por su nula respuesta o su toxicidad, y, sin esperar tanto tiempo, prescribir la nueva medicación.

Los fármacos fundamentales en el *tratamiento específico* de la leucemia crónica mieloide son los *citostáticos* o *antimitósicos*, que actúan, como ya hemos citado, sobre el núcleo y su mitosis de las células sanguíneas y que volvemos a insistir son los siguientes:

1) El milerán, que consideramos hoy día como uno de los tratamientos de elección en este tipo de leucemias, siguiendo con ello a SIEGENTHALER (1956), y que, utilizado por primera vez por HADDOW y TIMMES en 1953, fué sucesivamente utilizado, con favorable respuesta, por GALTON, en el mismo año; HAUT y colaboradores, en 1955, y BOLLAG, en 1956.

El milerán tiene un cierto efecto específico sobre la serie mieloblástica y mieloide, y, en cambio, apenas posee acción sobre los linfocitos, hematíes y plaquetas; su tratamiento, por consiguiente, es bastante específico de las leucemias crónicas mieloides y es más eficaz cuanto más maduro se encuentre el cuadro leucocitario en su fórmula. Por esta razón, cuando hay muchas formas inmaduras, como, por ejemplo, en los brotes de agudización, la respuesta es mucho menos eficaz.

2) La demecolcina o colchicina F también tiene resultados favorables en algunos casos de este tipo especial de leucemia crónica mieloide, a la dosis que ya hemos citado en los capítulos anteriores.

3) El uretano, con todas sus discusiones actuales, tiene la asequibilidad en el comercio, que no poseen muchos de los otros preparados en nuestra Patria, y utilizado con cuidado y escasa dosis, de unos 2 gramos, y nunca pasar de 4 gramos diarios, puede reportar remisiones bastante satisfactorias, como en nuestra mano ha ocurrido.

4) La radioterapia es, sin duda alguna, el tratamiento mejor que puede prescribirse a un enfermo afecto de leucemia crónica mieloide, con radiación del bazo y en al gunos casos, de dosis débiles sobre los huesos largos del esqueleto. Algunos autores, como KARNOSSKY, dicen que es el mejor proceder terapéutico de esta forma de leucemia. En nuestra opinión, también ocurre así; pero tiene el gran inconveniente (aunque en realidad ocurre también con los otros procederes) de la aparición de la radiorresistencia en las sucesivas radiaciones que se realicen en estos enfermos. La remisión por la radioterapia es, a veces, de más de un año, y durante este período los enfermos recuperan su buen estado general e incluso, como hemos visto nosotros, trabajan en todas sus actividades como si estuvieran normales; además, la remisión hematológica es muchas veces casi completa.

5) Los compuestos radiactivos como el fósforo radiactivo o P-32, son también muy eficaces cuando pueden utilizarse, y otros autores aconsejan también el oro radiactivo.

LEUCEMIA CRÓNICA LINFOIDE

He aquí, posiblemente, el tipo de leucemia mejor tolerado por el paciente, en especial en los viejos; nosotros tenemos casos de personas de más de 50 años afectas de leucemia crónica linfoide, que mantienen un discreto cuadro clínico de pequeñas adenopatías sin fiebre alguna y buen estado general, que se mantienen durante meses e incluso años. Al lado de este punto de vista feliz para esta enfermedad, por el contrario, las remisiones hematológicas de su cuadro leucocitario las encontramos mucho más difíciles de conseguir que para la leucemia crónica mieloide. Al leucémico últimamente citado es más fácil colocarle con una fórmula normal que al paciente afecto de la leucemia crónica linfoide, al que muy difícilmente le hacemos descender de su 70 por ciento de linfocitos.

Por consiguiente, el tratamiento de estos enfermos debe ser hecho teniendo en cuenta el axioma terapéutico de *primum non nocere*, es decir, ante todo, no perjudicar o alterar la marcha evolutiva sorda y solapada que tienen estos enfermos, porque en ocasiones no hacemos otra cosa que acelerar su muerte.

Pequeñas dosis de la medicación que se vaya a utilizar, recuento muy vigilado de su cuadro sanguíneo y más bien medicación de sostén que propiamente específica, que deberemos utilizar cuando las cifras de leucocitos rebasen los 100.000 ó cuando aparezcan formas inmaduras en la fórmula hemática.

El tratamiento de la leucemia crónica linfoide de forma específica es el siguiente:

1) El ACTH, cortisona y prednisona debieran producir unos efectos muy favorables y de remisión en estos pacientes, por su capacidad linfolítica en estas hormonas; pero el hecho práctico e indudable es que, aunque mejoran de estado general, apenas se consigue remitir el cuadro sanguíneo. No obstante, a pequeñas dosis y en formas espaciadas —por ejemplo, curas de ACTH de diez días cada dos meses, o de prednisona, de veinte días cada tres meses—, pueden utilizarse.

2) El TEM es, posiblemente, el fármaco más eficaz que tenemos para las leucemias crónicas linfoides, perteneciendo al grupo de los compuestos citostáticos o antimitóticos, que son los que se deben utilizar en este tipo de leucemias, en contraposición a las mieloides, en las que el éxito más marcado se consigue con los antimetabolitos. Se utilizará con las normas y dosis que hemos descrito en los capítulos anteriores, recordando que, en general, se toleran mejor realizada la administración en ayunas, en agua con bicarbonato, para evitar el medio ácido del estómago.

3) Las *mostazas nitrogenadas*, bien inyectables o bien las nacticlorinas por vía oral, son también preconizadas como citostáticos en este tipo de leucemias; pero nosotros no las utilizamos por la deplorable experiencia que hemos tenido en su utilización. En pequeñas dosis y con una vigilancia muy estrecha, pueden prescribirse; pero, desde luego, aconsejamos siempre la utilización del TEM.

4) El CB-1348 es un antimitótico de cierta elección en este tipo de leucemia crónica, según la experiencia de BERNARD y colaboradores (1956), que aconsejan su utilización junto con cortisona. Carecemos de experiencia sobre el mismo y no hacemos más que constatar este hecho.

5) La *radioterapia y sustancias radiactivas* son también aquí eficaces, realizando la radiación de los paquetes ganglionares afectados; se consiguen fáciles remisiones y presentan las mismas ventajas e inconvenientes de la radioterapia que hemos citado en la leucemia crónica mieloide.

Por consiguiente, ante un enfermo de leucemia crónica linfoide, ante todo estudiaremos su estado general y sus condiciones de compensación, para no acelerar la posible presentación de brotes agudos. Si las cifras de leucocitos rebasan los cien mil, utilizaremos le TEM y curas con ACTH o prednisona. Si con estos procederes no se consigue la remisión clínica y hematológica (recordemos que no podemos insistir mucho en bajar los linfocitos por su rebeldía), haremos uso de la radioterapia.

FORMAS ESPECIALES DE LEUCEMIA

La *eritroleucemia* o enfermedad de Di Guglielmo es sumamente grave y no tenemos experiencias de la misma; de las referencias que hemos recogido de la bibliografía, LIEN-KENG, en 1953, publicó un caso, en el cual, a pesar de todos los tratamientos generales y específicos, fracasó. En cambio, DUBOIS-FERRIERE,

en 1956, consiguió remitir un cuadro de eritroleucemia con un gramo de prednisona durante diez días, y luego 2 gramos de cortisona durante una cura complementaria de quince a veinte días.

En estos casos, la radioterapia es quizá el tratamiento más específico, aparte del ACTH y prednisona, y podremos realizar transfusiones, pero siempre realizando antes una sangría. Si se trata de niños pequeños, podremos discutir la posibilidad de la exanguinotransfusión. Los antifólicos también han sido utilizados en esta forma especial, pero con resultado muy dubitativo.

Leucemia y embarazo.—En realidad, se trata de casos raros de presentación (nosotros no hemos tenido ninguno), pues aunque SLENTZ publicó cuatro casos en 1951, EDWARDS y FLEETH, en 1955, sólo consiguieron reunir de la literatura mundial cincuenta y dos casos. Ante un caso de enferma leucémica con embarazo debemos, sobre todo, ni siquiera estudiar las posibilidades de un parto anterior a los siete meses, que sería un aborto provocado, no sólo por la índole deontológica moral, que nos obliga a no realizarlo jamás, sino porque, como dicen incluso autores hematológicos no sujetos a la ortodoxia católica, tampoco se debe hacer, porque sería prolongar la vida de una enferma ya condenada a muerte. En general, hay buena tolerancia de la madre, y lo único que ocurre es que suelen presentar partos prematuros; el niño nace sin afectación leucémica alguna, porque, en primer lugar, no es enfermedad hereditaria, y en segundo lugar, no traspasan las células leucémicas la barrera placentaria.

Por consiguiente, no haremos otra cosa que realizar tratamientos de sostenimiento, transfusiones, y, en ocasiones, curas no muy fuertes de arsénico; si se trata de formas linfoides, pequeñas cantidades de prednisona, y sólo en casos en los que podamos apreciar el mal estado de la enferma, a la par que transfusiones y antibióticos y ACTH, podemos radiar con prudencia, escasa dosis y fuera de los lugares vecinos al feto.

Leucemias con trombopenias.—Cuando se presenta esta contingencia de trombopenias secundarias por la afectación de medula ósea leucémica, debemos tener en cuenta que casi siempre se trata de formas agudas o agudizadas dentro de las crónicas, y el tratamiento consiste en el básico fundamental de transfusiones, ACTH (o prednisona) y antibióticos, y además, hemostáticos.

En las formas aleucémicas no debemos *jamás* utilizar medicaciones específicas antileucémicas del tipo de antimetabolitos o citostáticos, puesto que con todo peligro que puede entrañar la leucemia, cualquiera utilización de estos fármacos acarrearía inmediatamente una aplasia medular. Solamente podremos utilizarlos cuando las cifras de leucocitos no esté por debajo de los 5.000 y además utilicemos a la par transfusiones de sangre y ACTH o cortisona. Lo preferible en estos casos es, primeramente, conseguir remontar la cifra de leucocitos, para posteriormente, en muy pequeñas dosis, utilizar las medicaciones específicas.

El *tratamiento sintomático* de todo enfermo leucémico se debe llevar siempre, como cuidar de su aparato digestivo, aparato circulatorio, insomnio, etc., y, sobre todo, tratar las posibles enfermedades intercurrentes que se puedan presentar. No olvidemos que estos pacientes poseen unos leucocitos faltos de capacidad funcional defensiva y, por consiguiente, son sumamente asequibles y fáciles a padecer infecciones bacterianas, unas veces localizadas en aparato respiratorio, otras en iodo, aparato urinario, etc. Los antibióticos y las medicaciones que precise cada una de estas complicaciones se deben utilizar con toda independencia del estado leucémico del enfermo.

APORTACIÓN PERSONAL A LA TERAPÉUTICA DE LAS LEUCEMIAS

En este último capítulo expondremos los resultados obtenidos por nosotros en nuestra aportación clínica al tratamiento de los enfermos leucémicos; haremos, sencillamente, una breve exposición de las medicaciones o procederes utilizados, con los caracteres más sobresalientes desde el punto de vista clínico y hematológico de nuestras observaciones. Hemos de hacer constar que, aunque teóricamente la terapéutica de las leucemias presenta numerosos compuestos y fármacos modernos para su utilización, en nuestra Patria disponemos de muy pocos de ellos, ya que la gran mayoría no están todavía registrados en el comercio y no son asequibles casi nunca de su adquisición. Realmente, disponemos libremente, casi con exclusividad, aparte del tratamiento básico de transfusiones, ACTH o cortisona y antibióticos, del uretano, TEM, mostazas nitrogenadas inyectables o nacticlorinas, y nosotros hemos tenido oportunidad de utilizar la demecolcina porque se nos envió desde Suiza precisamente para estas experiencias clínicas. El milerán y la mayoría de los antimetabolitos no hemos podido obtenerlos más que en un solo caso, en el cual utilizamos la ametopterina.

Nuestra modesta aportación comprende treinta casos, de los cuales su procedencia es la siguiente: nueve casos fueron estudiados en los Servicios de Medicina Interna del Hospital Provincial de la Clínica Médica Universitaria (profesor SEBASTIÁN); otros cinco, en la Residencia Sanitaria; dos, de observación personal (pero no de tratamiento personal mío), en Zurich; otros dos, en Roma, en análogas características; otros dos, de observación de otros compañeros, pero teniendo oportunidad de seguir su evolución, y once, de nuestra consulta particular.

Leucemia aguda.—Han sido estudiados cinco casos, y, salvo uno que fué tratado por nosotros hace más de diez años, el resto lo ha sido en fechas más recientes. Sucintamente enumerados, son los siguientes:

CASO N.º 1.—Se trata de una paciente de 30 años, que fué estudiada en el comienzo, brusco y aparatoso, de su leucemia aguda de tipo mieloide. Desde el primer análisis efectuado fuimos avisados, y puesta en tratamiento intenso de transfusiones sanguíneas de 300 c. c. cada doce horas durante unos cinco días, y luego, cada veinticuatro horas, los siguientes, para irlos distanciando progresivamente. A la vez fué tratada con ametopterina, que pudieron obtener; pequeñas dosis de uretano y antibióticos a base de penicilina y estreptomicina. Presentó desde el primer momento 61.000 leucocitos, con 18 mielocitos, 21 metamielocitos, 36 bastonados, 22 segmentados, un eosinófilo, un basófilo y un linfocito. A los trece días se consiguió remitir a 23.700 leucocitos, con 4 mielocitos, 21 metamielocitos, 49 bastonados, 21 segmentados, 2 eosinófilos, un monocito y 2 linfocitos. Se mantiene análoga medicación, y a los veintiún días presentaba ya 8.600 leucocitos con 5 metamielocitos, 17 bastonados, 66 polinucleares, 2 eosinófilos, 2 basófilos y 8 linfocitos. A partir de este momento se mantiene sólo cura con bromuros en nuestra dosis de un gramo después de las tres comidas, que siguió tomándolo durante dos o tres años. Al mes de comenzado el proceso presentaba 6.100 leucocitos, 15 bastonados, 32 segmentados, 17 eosinófilos, 5 monocitos y 28 linfocitos, y a los dos meses después, su fórmula hemática y recuento eran totalmente normales, así como su estado general. Desde entonces han pasado ya cerca de cinco años, y la enferma sigue totalmente normal y se puede considerar como un caso de remisión completa. Por esta misma razón hemos expuesto con más detalle el caso, ya que es el único que tenemos, de los estudiados por nosotros, con remisión hasta ahora perfecta.

CASO N.º 2.—Se trata de un paciente ingresado en la Clínica Universitaria, de 22 años, con mal estado general, fiebre, esplenomegalia, adenopatías, hepatomegalia y todo el aparatoso cuadro clínico de una leucemia aguda, que, hecho el estudio hematológico, nos señaló ser de tipo mieloide. Fué tratado con uretano, consiguiéndose una pronta remisión en el término de diez días; pero a los dos meses escasos, todavía sin ser dado de alta, se volvió a agudizar y falleció. Fué tratado en 1954, e incluso las transfusiones de sangre no fueron fáciles de realizarse, por lo cual sólo se le hicieron cuatro.

CASO N.º 3.—Se trata de una enferma de 20 años de edad, vista en 1957, y con todo el cuadro característico clínico de una leucemia aguda, que hematológicamente se asignó como

de paraleucoblastos o células indiferenciadas. Sometida a transfusiones de sangre diarias de 300 c. c.; ACTH a la dosis de 40 miligramos diarios, antibióticos y, al cabo de ocho días, como no cedía el cuadro, con pequeñas dosis de uretano, y posteriormente de TEM, todo en ella fracasó, y sólo se consiguió transitoriamente por el ACTH una ligera remisión clínica en su intensa gravedad, pero que persistió después, a pesar de toda medicación, falleciendo al mes del comienzo de su enfermedad. En esta enferma se utilizó como antibiótico la eritromicina por vía oral, ya que, antes de ser vista por nosotros, había sido sometida a fuertes dosis de penicilina y estreptomicina, sin resultado alguno.

CASO N.º 4.—Se trata de una niña de ocho años, vista en 1956, que mostraba los caracteres clínicos llamativos y graves de una leucemia aguda: pero hematológicamente mostraba una forma subleucémica con 18.000 leucocitos y un cuadro de fórmula típico de leucemia aguda linfoide con cerca de un 50 por ciento de linfoblastos y un 40 por ciento de linfocitos. Aparte de las transfusiones de sangre, ACTH y penicilina y estreptomicina, por tratarse de una forma linfática, al cabo de quince días de no obtenerse mejoría alguna se le administran pequeñas dosis de TEM; pero la paciente no llegó a vivir más que dos meses.

CASO N.º 5.—Se trata de un enfermo de otro compañero, pero seguido evolutivamente y aconsejado por nosotros, de 23 años de edad y afecto de una leucemia aguda de tipo linfoide, con 185.000 leucocitos y una fórmula típica de su leucemia aguda linfoide. A pesar de transfusión diaria, ACTH y antibióticos, el enfermo sólo experimentaba pequeñas remisiones clínicas y posteriormente le fueron prescritas pequeñas dosis de TEM, que fueron posteriormente elevadas, pero sin conseguirse resultado alguno, y falleció a los tres meses de comenzado el proceso.

En resumen, nuestros casos de leucemia aguda han sido, como para la mayoría de los autores, fracasos en la terapéutica, consiguiéndose, eso sí, una supervivencia media de unos dos meses, pero teniendo un caso, el número 1, de remisión completa, que todavía se mantiene con una tan absoluta normalidad que podemos casi considerar como curado. El diagnóstico no sólo fué hecho por nosotros, sino por cuantos médicos la estudiaron, y a pesar de nuestra duda de si se trataba de una reacción leucemoide, el diagnóstico en los días graves de evolución no admitía lugar a dudas, y sólo al cabo de cinco años de verla curada es cuando, como ocurre siempre en estos casos fatales al observar su curación, ponemos por lo menos en discusión científica retrospectiva el diagnóstico; no obstante, el estudio de medula ósea, que también se realizó en la enferma, confirmaba la intensa proporción de mieloblastos en ella.

Leucemia crónica mieloide.—Han sido estudiados diez casos, algunos en épocas más pretéritas, de 1947 y 1948, y el resto en estos últimos años. Nuestra casuística es la siguiente:

CASO N.º 6.—Se trata de una enferma de 22 años, religiosa, vista en 1947, y desde el comienzo de su enfermedad asistida por nosotros. Clínicamente mostraba todos los hechos clínicos de una leucemia crónica mieloide, con gran esplenomegalia y con cifras extraordinariamente elevadas, de 340.000 (en algún contaje dió cerca de medio millón) leucocitos, con abundancia de células inmaduras mieloblásticas. Fué sometida inmediatamente a uretano (en aquellos años acababa de ponerse en el primer plano de la actualidad antileucémica) y se consiguió una remisión satisfactoria, no sólo clínica sino incluso casi hematológica. Desde dicho año hasta 1951 presentaba, aproximadamente, cada cuatro a seis meses, agudización de su proceso, que siempre era yugulado con transfusiones de sangre y uretano, y en otra ocasión con radioterapia, que no le volvió a hacer efecto. Al cabo de cuatro años de comenzado el proceso, falleció.

CASO N.º 7.—Se trata de una paciente de 19 años de edad, muchacha de servicio, vista en 1941, con los signos de una leucemia crónica mieloide con moderada esplenomegalia, febrícula y diagnosticada en el Servicio Universitario, ingresándola en la sala correspondiente. Fué tratada con radioterapia, consiguiéndose una remisión que al año se mantenía; pero después fué perdida en su evolución.

CASO N.º 8.—Enfermo de 23 años de edad, afecto de leucemia crónica mieloide con escasa repercusión clínica (se acompaña fotografía), pero con cifras de 240.000 leucocitos y fórmula típica mieloide. Fué sometido a tratamiento radioterápico, con el cual remitió bien, y al cabo de cinco meses, al recidivar el cuadro hematológico y la esplenomegalia, es sometido a uretano,

con el cual se consigue otra remisión ya menos duradera, y aunque vuelve a recidivar y vuelve a tratárseles, termina falleciendo a los dos años de comenzado el proceso.

CASO N.º 9.—Se trata de un paciente de 22 años de edad, estudiante de Medicina, que con buen estado general aqueja síntomas digestivos. Es visto en la misma Facultad. Se encuentra la esplenomegalia, y al realizar el examen hematológico aparece un leucemia crónica mieloide con bastante buena tolerancia. Se le somete a tratamiento con uretano, que consigue su remisión. Como hacemos en nuestros casos desde 1948, en que lo utilizamos, una vez terminado el tratamiento de uretano se somete a tratamiento con la cura polibromurada y se mantiene en buena remisión durante casi dos años, por lo cual incluso llega, en contra de nuestra opinión, a casarse y trabajar como practicante. Al cabo de dos años surge recidiva del cuadro hematológico y clínico; es sometido a radioterapia, transfusiones de sangre y nuevamente curas de uretano; pero ya, aunque se conseguían remisiones clínicas, el cuadro hematológico se mantenía muy alterado, y al año siguiente falleció. Tuvo, pues, una supervivencia de tres años, y, en cierto modo, el mantenimiento de su remisión tan prolongada en la primera parte pudo deberse a la cura polibromurada, como nos ha ocurrido ya en otros casos.

CASO N.º 10.—Se trata de una enferma de 23 años de edad, vista en el año 1954, ya diagnosticada y tratada por varios médicos, con escasas posibilidades de éxito clínico y terapéutico. Presenta el cuadro característico de una leucemia crónica mieloide, con bastante buen estado general, con esplenomegalia. Llevaba desde 1953 con tratamiento general y específico de nacticlorina, y el cuadro hematológico mostraba 285.000 leucocitos, con una fórmula de 4 mieloblastos, 4 promielocitos, 18 mielocitos, 6 mielocitos eosinófilos, 20 metamielocitos, 7 metamielocitos eosinófilos, 12 bastonados, 10 segmentados, 9 eosinófilos segmentados, 2 basófilos, 3 monocitos y 5 linfocitos. Con este cuadro se utilizó el «Demecolcina Ciba», con lo cual se consigue una remisión muy relativa del número de leucocitos, que bajaron en tres meses a 48.000, pero con un cuadro de fórmula leucocitaria todavía con un predominio de un 90 por ciento de serie mieloide, aunque disminuídos los mieloblastos y promielocitos. Se instaura posteriormente un tratamiento con uretano, que hace descender en unos tres meses los leucocitos a cifras alrededor de los 30.000, y la cifra leucocitaria a un mielocito, 10 metamielocitos, 6 bastonados, 8 bastonados eosinófilos, 61 segmentados, 4 eosinófilos y 10 linfocitos. A partir de este instante se instaura un tratamiento con la simple cura polibromurada, y la enferma se mantiene en tan buena remisión que incluso comienza a trabajar en sus ocupaciones habituales y se mantiene así hasta marzo de 1957, en que una desgracia familiar la afecta psíquicamente de manera extraordinaria, y no sabemos si en realidad pudo tener participación; el caso es que se agudiza su cuadro, que con uretano y transfusiones y ACTH consigue remitir. Se mantiene en una remisión sólo relativa, puesto que el cuadro de fórmula leucocitaria no se llegó a normalizar ya, hasta que en el mes de septiembre vuelve otra vez a agudizarse. Un tratamiento con demecolcina determina una disminución de leucocitos, con peligro de aplasia medular, y se suspende inmediatamente, y con transfusiones diarias y luego alternas, y ACTH, se le coloca en condiciones de radioterapia. Esta enferma, por consiguiente, lleva cuatro años de supervivencia, de los cuales más de tres lo han sido sin ninguna medicación, nada más que ayudando en su remisión obtenida anteriormente con la cura polibromurada, que llegó sólo por ella misma a normalizar la fórmula leucocitaria. No sabemos en la actualidad, desde hace un mes, noticias de ella; pero se encuentra radiándose fuera de nuestra capital.

CASO N.º 11.—Se trata de un enfermo de 55 años de edad, visto en octubre de 1956 y con los caracteres clínicos típicos de una leucemia mieloide crónica con poca aparatosidad clínica de fiebre, esplenomegalia, etc., aunque, desde luego, tenía un bazo grande, y con un recuento de 204.000 leucocitos y una fórmula de 9 mieloblastos, 19 mielocitos, 20 metamielocitos, 15 bastonados, 16 polinucleares, 5 eosinófilos, 4 basófilos, 3 monocitos y 9 linfocitos. Se somete a tratamiento de transfusión de sangre, uretano y bromuros. El enfermo experimenta una remisión en el término de un mes, pero su cuadro hematológico no conseguimos normalizarlo totalmente, aunque sí hacer desaparecer las células inmaduras, como mieloblastos, mielocitos y metamielocitos. Justo al año, el enfermo recidiva y, aunque es sometido a tratamiento intenso de transfusiones, antibióticos y pequeñas dosis de bromuros, el enfermo presenta un cuadro digestivo agudo que no es estudiado por nosotros en estos días, y fallece.

CASO N.º 12.—Se trata de una enferma que comienza en 1953 con una típica leucemia crónica mieloide y es sometida por sus médicos a tratamiento con arsénico en dosis altas. Con cifras de recuento de 51.600 leucocitos y un cuadro hemático de 3 mieloblastos, 4 promielocitos, 9 mielocitos, 6 metamielocitos, 10 bastonados, 61 segmentados, un monocito, 4 basófilos y 2 linfocitos. Es vista por nosotros al año y sometida a tratamiento con demecolcina, con el cual conseguimos en tres meses bajar los leucocitos (que antes de iniciar nuestro tratamiento estaban en 112.000) a 88.000, pero manteniendo una fórmula hemática más o menos parecida, que nunca,

en toda la evolución de la enfermedad, se consiguió hacer variar. Sometida a cura posterior con uretnao, bromuros y transfusiones, tampoco se consiguió su mejor remisión, y la enferma fallece en 1955, a los tres años de empezado el proceso.

CASO N.º 13.—Se trata de una enferma vista en 1.º de octubre de 1957 y que presenta una leucemia crónica mieloide hace un año, agudizada en el momento en que es vista, hace poco. Muestra 285.000 leucocitos, y una agudización tan descompensada, que muestra a la vez trombopenias con diátesis hemorrágica y una anemia de 1.200.000 leucocitos. El cuadro hemático señala un predominio de un 30 por ciento de formas inmaduras de serie mieloide, y el resto, menos un 4 por ciento, de formas ya maduras, pero de la misma serie. Es sometida rápidamente a tratamiento, con transfusiones de sangre diarias de 300 c. c., ACTH y antibióticos, y la enferma, en los días transcurridos, ha conseguido una remisión clínica sorprendentemente rápida; pero el cuadro hematológico, aunque muestra tendencia a la remisión, es todavía prematuro pensar en ello. Hay una casi desaparición de células inmaduras, y los glóbulos rojos se han elevado por encima de los 3.000.000. En la actualidad se le está administrando un gramo diario de uretano; no tiene fiebre y pasea y come, con bastante buen estado.

CASOS núms. 14 y 15.—En estas dos observaciones se trata de mera actitud pasiva nuestra, ya que fueron dos enfermos de leucemia crónica mieloide que, visitados en Zurich, en el Servicio de LOEFLER, y dirigidos en sus tratamientos por MOSCHLIN, se encontraban en tratamiento con demecolcina, en el año 1954, y tuvimos ocasión de estudiar por primera vez los efectos de este antimitósico sobre este peculiar tipo de enfermos. En ellos la remisión de momento era buena, y forman parte de algunas de las observaciones publicadas por MOESCHLIN con este fármaco.

Leucemia crónica linfoide.—Han sido estudiados por nosotros catorce enfermos afectos de leucemia crónica linfoide, cuyos principales comentarios vamos a exponer:

CASO N.º 16.—Se trata de un caso ya muy antiguo, visto en 1941 y afecto de leucemia crónica linfoide, en el cual el único tratamiento que pudimos realizar en aquellos difíciles años de la postguerra se redujo al arsénico, que no consiguió nada en absoluto, y el enfermo sucumbió al mes de comenzado el tratamiento.

CASO N.º 17.—Es un enfermo de 52 años de edad, afecto de leucemia crónica linfoide, con bastante aparatosidad clínica, puesto que presentaba numerosos paquetes ganglionares por casi todo el organismo, y fiebre, en el cual la radioterapia consiguió una remisión clínica muy acusada, dejando al enfermo, en el transcurso de un mes, en buen estado general, aunque la fórmula leucocitaria no llegó en absoluto a normalizarse. Volvió a su pueblo, pero al cabo de un año recidivó y sucumbió. Fué visto también en el año 1941.

CASO N.º 18.—Se trata de un paciente de 57 años, pariente lejano nuestro, que acudió en 1948 a consulta presentando una típica leucemia crónica linfoide, con adenopatías, pero singularmente con un bazo bastante pronunciado, en el cual el estudio hemático siempre arrojó, tanto por nosotros como en Madrid, donde también fué estudiado, una leucemia linfoide, aunque fuese de predominio esplenomegálico. Presentaba, concretamente, 180.000 leucocitos, con un cuadro hemático de 2 segmentados, 0'5 eosinófilos, 0 basófilos, 95'5 linfocitos (la tercera parte de ellos eran grandes linfocitos, y el resto, normales y pequeños) y 1'5 células de Turck. El estudio del mielograma arrojaba una visión de más de un 80 por ciento de linfoblastos y linfocitos grandes. Apuntamos su cuadro hematológico ya que la sintomatología clínica, como en algún otro caso publicado, ya hemos visto era más bien de tipo mieloide, por su gran bazo y escasas adenopatías. Fué sometido a tratamiento con arsénico antes de ser visto por nosotros, que no consiguió remisión alguna, y posteriormente, por nuestra cuenta, fué prescrito uretano, transfusiones de sangre y, en los intervalos, bromuros. El enfermo, con muy ligeras mejorías, con mala tolerancia digestiva, fué sobreviviendo hasta que, a los tres años de comenzado el proceso, falleció.

CASO N.º 19.—Se trata de un enfermo de 58 años de edad, visto en 1952 y afecto de una leucemia crónica linfoide poco ostensible clínicamente, ya que sólo mostraba pequeñas adenopatías cervicales y axilares poco marcadas. El cuadro hematológico era, inequívocamente, el clásico de estos casos, con cerca de 100.000 leucocitos y un 97 por ciento de linfocitos, con 3 segmentados. Fué sometido a un tratamiento intenso con ACTH, que mejoró el estado general del enfermo, recuperó un poco el apetito, pero que tampoco fué muy marcada esta diferencia, ya que su estado general anterior tampoco era malo. Como el cuadro hemático no se reducía en absoluto, fué suspendido, y posteriormente fué tratado con TEM, con el cual se consiguió un descenso discreto de leucocitos (nunca conseguimos bajarle de los 50.000), y la fórmula se mantenía en las cifras de 90 a 95 por ciento de la serie linfoide. A pesar de esta

intransigencia de respuesta a los fármacos y tratamientos, en el sentido hematológico, su tono general era bastante bueno; en vista de lo cual es sometido a cura polibromurada de mantenimiento, con la que el paciente desarrolla tan buena evolución, que clínicamente él no se sentía enfermo (aunque mostraba de vez en cuando fáciles bronquitis e incluso infiltración leucémica pulmonar) y sobrevive durante cerca de cuatro años, al cabo de los cuales, y en un permiso que la Clínica Universitaria le había concedido, fallece en su pueblo y, según manifiesta su médico, por una causa cardíaca y no probable de su leucemia.

CASO N.º 20.—Enfermo de 62 años de edad, afecto de leucemia crónica linfoide y visto en 1953 por nosotros, con una cifra de 586.000 leucocitos y una marcada anemia de 2.600.000; en su fórmula hemática muestra un predominio linfocítico de un 90 por ciento. Es sometido a cura con ACTH y transfusiones, que apenas consiguen respuesta alguna, y posteriormente con TEM, con el cual se consigue disminuir la cifra a menos de 100.000 leucocitos, pero con la misma rebeldía en el cuadro hemático. Meses más tarde es sometido, con ciertas precauciones, a una cura de mostazas nitrogenadas, y en los intervalos, como en todos nuestros casos, curas continuadas, meses y meses, de bromuros. Después de ser visto el enfermo en 1953, y por última vez a principios de 1957, no hemos vuelto a saber de él, por lo que suponemos falleció. Por consiguiente, mantuvo una supervivencia de cerca de cuatro años, en el caso de que no siga viviendo.

CASO N.º 21.—Enfermo de 52 años de edad, que en 1950 fué diagnosticado de leucemia crónica linfoide en un Servicio Universitario distinto al nuestro, y tratado con mostazas nitrogenadas y radioterapia; queda en buena remisión y a los dos años recidiva y le vuelven a tratar con análogo proceder, consiguiéndose sólo una remisión parcial, puesto que se mantuvieron adenopatías y un cuadro hemático no remitido. En 1955, es decir, cinco años después, es visto por nosotros y le sometemos a tratamiento de bromuros, con el cual ha estado continuamente hasta 1957; en enero se presenta con un paquete ganglionar abdominal mesentérico considerable y es sometido a radioterapia; de entonces acá se consiguió una pronta remisión y sigue tomando sus bromuros y en perfecto estado clínico y hematológico, incluso estudiado hace pocos días. Se trata de un caso de buena evolución, como ocurre muchas veces en las personas adultas o viejas, de leucemia crónica linfoide, en el cual, por consiguiente, no puede tener tanto valor nuestra cura polibromurada; no obstante, no cabe duda de que el paciente lleva más de siete años con buen estado general, y cuando los fármacos como mostazas nitrogenadas y radioterapia no conseguían la remisión hematológica, al cabo de seis meses de ser sometido a la cura bromurada presentaba 10.000 leucocitos y una fórmula de un bastonado, 49 polinucleares, un basófilo, 2 monocitos y 47 linfocitos. El último análisis practicado en 1957 nos daba 12.000 leucocitos, 51 polinucleares, un eosinófilo, 4 monocitos y 44 linfocitos.

Por consiguiente, se trata de un caso de buena tolerancia, que posiblemente evolucionaría igual sin medicación, pero en el cual nos hemos limitado, salvo cuatro sesiones de radioterapia dadas a primeros de 1957, exclusivamente a cura con bromuros durante estos tres últimos años.

CASO N.º 22.—Enfermo de 68 años de edad, afecto de leucemia crónica linfoide, con bastante buen estado general y con un cuadro hematológico de 92.600 leucocitos, 5 segmentados, un eosinófilo, un monocito y 93 linfocitos, con predominio de los grandes. Es sometido a tratamiento con TEM, que no consigue apenas disminuir el cuadro hematológico, e incluso con mostazas nitrogenadas, y también a un tratamiento de pequeñas dosis de uretano. Este enfermo, aunque de estado general se encontraba bastante bien, su cuadro hematológico nunca hemos conseguido hacerlo descender de los 85 linfocitos por ciento. Mantiene un estado general todavía bueno y sigue en la actualidad sólo con su tratamiento de bromuros. Como fué visto en 1955 (marzo), lleva más de dos años y medio de buena remisión clínica, pero no hematológica.

CASO N.º 23.—Se trata de un niño de 12 años de edad, afecto de leucemia crónica linfoide, pero en forma subaguda (hecho bastante natural en las edades infantiles), con mal estado general, fiebre, adenopatías, esplenomegalia, etc., y con un recuento de leucocitos no alto, de 57.000, con una fórmula exageradamente descompensada, de 4 linfoblastos, 30 grandes linfocitos, 65 linfocitos y un eosinófilo como única muestra de la serie mieloide. Este enfermo, en tan mal estado general, es sometido a transfusiones de sangre, ACTH y prednisona, y a pequeñas dosis de TEM al ver que no cedía el cuadro, pero no consiguiéndose más que una pequeña remisión, para terminar falleciendo a los ocho meses.

En realidad, se trata de estas formas subagudas que constituyen el paso o transición entre las leucemias agudas y las crónicas; de ahí su mal estado general y su escasa supervivencia, a pesar de su naturaleza linfoide.

CASO N.º 24.—Enfermo de 63 años de edad, visto en 1955, el cual presenta clínicamente las adenopatías características de la leucemia crónica linfoide, con una cifra de 113.800 leucocitos, 3 segmentados, 12 linfoblastos y 85 linfocitos. El enfermo es sometido a tratamiento de

uretano, mostazas nitrogenadas y TEM, consiguiéndose sólo con este último un descenso de leucocitos a 23.800, pero manteniendo un porcentaje de más del 90 por ciento de linfocitos en toda su evolución; el enfermo, al año de ser visto por nosotros, es perdido y no sabemos nada de su evolución posterior. Quedó con bastante buen estado general cuando se le dió de alta para marchar a su pueblo, y se le aconsejó la cura polibromurada continuada y exámenes repetidos, que no ha realizado por vivir muy lejos de esta capital.

CASO N.º 25.—Paciente de 55 años de edad y visto en 1955, con un cuadro de leucemia crónica linfoide y buen estado general, con 41.600 leucocitos, un segmentado, un monocito y 98 de la serie linfoide. Es sometido al tratamiento con mostazas nitrogenadas a la dosis de 4 miligramos en días alternos, y justo a la cuarta inyección encontramos un descenso de hasta 12.600 leucocitos, con una fórmula hematológica exactamente igual a antes de comenzado el plan; se suspende la medicación y el enfermo, cuando se encontraba en remisión clínica muy buena y sin fiebre, empieza a tener fiebre en agujas, decae el estado general, baja la cifra de leucocitos a 3.600 y fallece en el término de tres días y a los veinte de comenzado nuestro estudio y tratamiento. Se trata, por consiguiente, de un infortunado caso, que, por sus caracteres clínicos y hematológicos de leucemia crónica linfoide, edad, etc., no debiera haber fallecido en tan corto plazo y que achacamos indudablemente a la utilización de las mostazas nitrogenadas.

CASO N.º 26.—Enfermo de tres años y medio de edad, visto en 1956 y afecto de leucemia crónica linfoide con cifras no altas de leucocitos (no llegaban a los 30.000), y que por su carácter juvenil o infantil mostraba esos signos de subagudeza característica de estas edades, con muy mal estado general y que, sometido a transfusiones de sangre, ACTH y prednisona, posteriormente antibióticos y TEM, no se consigue en absoluto mejoría alguna y sucumbe al año escaso de iniciado el tratamiento.

CASOS núms. 27, 28 y 29.—Se trata de tres observaciones también seguidas por nosotros, pero no bajo nuestra dirección; una de ellas se trataba de un compañero nuestro y era una enferma de 42 años de edad, afecta de leucemia crónica linfoide, que, sometida a tratameinto con TEM y transfusiones, consigue una remisión que mantiene buen estado general, teniendo que observar el tratamiento cada cuatro o cinco meses, ayudándosele con uretano, y recidiva a los seis meses de iniciado éste, con rasgos más agudos, y con radioterapia, transfusiones y ACTH ha vuelto a remitir, viviendo todavía.

Las observaciones 28 y 29 eran casos de buena evolución clínica de leucemia crónica linfoide, uno una mujer de 42 años y otro un hombre de 50. Fueron estudiados por nosotros en Roma, y el único tratamiento que por entonces (1946) se realizaba era el de arsénico y antibióticos, con transfusiones. De estos enfermos, como es natural, no hemos vuelto a saber.

CASO N.º 30.—Se trata de un caso de *leucemia crónica eosinófila*, observación sumamente excepcional, puesto que es el único caso que hemos tenido ocasión de estudiar, en 1942, en la Clínica Universitaria, y del cual, además, después de ser radiado y remitido en su cuadro, no hemos vuelto a saber de él.

Conclusiones

Nuestras conclusiones con respecto a la aportación de los treinta casos estudiados, de los cuales veintiséis fueron tratados bajo nuestra única dirección, y cuatro sólo de observación pasiva, son de que, en primer lugar, en las leucemias agudas, el tratamiento de elección y que debe utilizarse siempre es el de transfusiones muy continuadas y tenaces, es decir, 300 c. c. diarios, durante unos ocho o diez días, y luego, en días alternos, otros tantos o más, antibióticos como penicilina y estreptomicina o eritromicina a una dosis no demasiado intensa, pero sí mantenida, y el ACTH y prednisona, según nuestra experiencia, ya que no hemos utilizado en ningún caso cortisona, de la cual estamos algo escarmentados en nuestra utilización clínica.

Con este tratamiento básico, que siempre consigue una mejoría, o por lo menos la puesta en condiciones del enfermo para otros tratamientos, en nuestra casuística hemos obtenido un caso de marcado éxito con la ametopterina, y de fracaso en los demás con los procederes que disponemos en nuestra Patria de fármacos.

En las leucemias crónicas mieloides, los mejores resultados los hemos conseguido con el uretano, en dosis prudente, y la radioterapia. El damecolcina nos ha dado buen resultado de remisión temporal de unos seis meses, en dos casos; pero no aventaja, ni mucho menos, a los demás procederes.

En nuestros casos de leucemia crónica linfoide, el tratamiento de elección y que más remisión nos ha hecho obtener es el TEM, encontrando muy peligrosa la utilización de las mostazas nitrogenadas. La radioterapia, en casos más intensos, también es muy beneficiosa en estos pacientes.

La cura polibromurada la aconsejamos siempre por su innocuidad y fácil toma, para prescribirla después de remitido el cuadro con los fármacos específicos antileucémicos, y mientras dure la remisión, aunque sean meses o años. Hemos visto en nuestra casuística casos en los cuales, conseguida la remisión clínica por el fármaco antileucémico, la hematología se mantenía inalterable incluso un mes después de terminado, y sólo el mantenimiento de la cura polibromurada durante muchos meses conseguía una remisión más duradera del cuadro hematológico.

RESUMEN

El tema de la terapéutica de las leucemias, siempre apasionante y lleno de incógnitas, que tantas investigaciones y trabajos ha suscitado y que tanto campo de aplicación ofrece, ya que el número de leucémicos crece extraordinariamente en estos últimos años, es abordado en este trabajo —galardonado con el Premio de la Real Academia de Medicina de Canarias—, en donde se realiza una exposición sintética de las diferentes terapéuticas hoy día utilizadas contra esta enfermedad, con el criterio personal dado por amplia experiencia sobre estos procesos terapéuticos.

Para ello se pasa revista, haciendo una crítica detenida, a todos los tratamientos utilizables más en boga: transfusiones y exanguinotransfusiones, empleo de antibióticos, al conjunto de fármacos denominados antimetabolitos (antagonistas del ácido fólico, de la adenina, etc.); a la radioterapia y compuestos radiactivos; a los citostáticos o antimitóticos (uretano, mostazas nitrogenadas, tem, mylerán, E-39, etc.); al ACTH y cortisona, y a otras muchas medicaciones.

Tras esta parte general, se enfrenta con el tratamiento especial de las distintas formas de leucemia, tendiendo siempre a conseguir la remisión clínica y la remisión hematológica, tanto en las formas agudas como en las crónicas agudizadas y en la linfoide.

En una última parte expone los resultados obtenidos en su casuística clínica, basada en una treintena de casos, y refiere los caracteres más salientes desde el punto de vista clínico y hematológico conseguidos con numerosos compuestos y fármacos, finalizando su notable exposición con unas conclusiones sobre lo que debe ser el tratamiento básico de esta clase de enfermos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alexander, O.—*Nature*, 169, 226. 1952.
2. Begeman.—*Deutsch. Med Wschr.*, 80, 850. 1955. (Y Ref. Univ. Friburgo, 1952.)
3. Bernard y col.—*Revue Française d'Études Cliniques et Biologiques*, 1, 10,, 1.121. 1956.
4. Bessis, M.—«Rapport IV Congrés International de Transfusions», pág. 36. Lisboa, 1951.
5. Bierman y col.—*The Journ. of Pediatrics.*
6. Bichel, J.—*Acta Med. Scand.*, 108, 204. 1956.
7. Birge y col.—J. A. M. A., 140, 589. 1949.
8. — *The Journ. of the Amer. Med. Ass.*, 140, 7. 1949.
9. Boeck y Gross.—*Deutsch. Med. Wschr.*, 31, 953. 1949.
10. —*Klin. Wschr.*, 816. 1953.
11. Burchenal, J. H.—*Bull. of the N. Y. Acad. of Med.*, 30 - 6 - 1954.
12. — *The Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, 228, 371. 1954.
13. Bollag, H.—*Sch. Med. Wschr.*, 83, 1.023. 1956.
14. —*Röntgen Lab. Praxis*, 8, 128. 1955.
15. Croizat y Revol.—*Lyon Med.*, 178, 553. 1947.
16. De Blasis, M.—*Minerva Medica*, 42, 2, 82. 1952.
17. Di Guglielmo.—*Rapport* Congreso Hematología de Zurich, 1949.
18. Donohue y col.—J. A. M. A., 143, 154. 1950.
19. Dreyfus, B.—*Rev. Hemat.*, 3, 29. 1948.
20. Dougherty y White.—*Endocrinology*, 35, 1. 1944.
21. — *Endocrinology*, 39, 37. 1946.
22. — *Endocrinology*, 36, 16. 1945.
23. — *Physiol. Rev.*, 32, 4, 379. 1952.
24. Dustin, P.—*Rev. Belge Pathol. Med. Exp.*, 3, 115. 1949.
25. — *Nature*, 159, 794. 1947.
26. Dubois-Ferriere, H.—*Sch. Med. Wschr.*, 51, 1.460. 1956.
27. — *Sch. Med. Wschr.*, 50, 1.235. 1951.

28. EARLE, REILLY y DEAN.—*The Journ. of Pediat.*, 38, 1. 1951.
29. EDWARDE y FEETH.—*Brit. Med. Journ.*, 4.672. 1955.
30. ELIEL y PEARSON.—*New York State J. Med.*, 51, 1.839. 1951.
31. ELIEL y col.—*Federation Proc.*, 9, 168. 1950.
32. FARRERAS VALENTÍ, P.—*Medicamenta*, 22, 166. 1956.
33. FARRERAS VALENTÍ, P., y PEDRO PONS, A.—«Manual de Patología Médica». Salvat, Barcelona, 1953.
34. — *Rev. Clín. Esp.*, 34, 6, 412. 1949.
35. FARBER, S., y col.—*Science*, 56, 619. 1947.
36. — *Blood*, 4, 168. 1949.
37. FORSHAM, P., y THORN y col.—*Journ. Clin. Endocr.*, 8, 15. 1948.
38. HANSEN, P.—*Folia Clín. Intern.*, 6, 9, 326. 1956.
39. HADDOW y col.—*Nature*, 162, 824. 1948.
40. GIL Y GIL, C.—*Rev. Clín. Esp.*, 64, 6, 366. 1957.
41. GOLDECK, H.—«Terapéutica especial de las enfermedades de la sangre». Ed. Cient. Méd., Barcelona, 1957.
42. HAUT y col.—*Arch. Intern. Med.*, 96, 451. 1955.
43. HALER, S.—*Sch. Med. Wschr.*, 86, 871. 1956.
44. HEILMEYER.—«Tratado de Medicina Interna» (BERGAM y STEHELIN). Labor. Madrid, 1946.
45. — *Bull. Schweiz. Akad. Med. Wiss.*, 10, 159. 1954.
46. — *Klin. Wschr.*, 30, 537. 1951.
47. — *Acta Haemat.*, 7, 4.206. 1952.
48. — «Grundlagen U. Praxis Chem. Tumorbehande».Springer, 1954.
49. JIMÉNEZ ASÚA.—*La Prensa Méd. Argentina*, 51, 3.110. 1950.
50. — *Rev. Soc. Arg. Hemat.*, 2, 269. 1950.
51. KARFNOFSKY.—*New York State J. of Med.*, 54, 3.225. 1954.
52. — *Cancer Research*, 8, 1. 1948.
53. LAWRENCE y col.—*J. A. M. A.*, 140, 7. 1949.
54. — *J. Clin Invest.*, 20, 57. 1941.
55. LIEN-KENG, K.—*Acta Piediatr. Scand.*, 42, 157. 1953.
56. MAGRASI, F., y CONSOLI, G.—*Minerva Medica*, 46, 1.698. 1955.
57. MAS Y MAGRÓ.—«La leucemia». Ed. J. Morata. Madrid, 1952.
58. MATHEWS, W.—*The Lancet*, 869. 1950.
59. MOESCHLIN y col.—*Sch. Med. Wschr.*, 1953.
60. MOESCHLIN, PELÁEZ y col.—Cont rendu III Congreso Hematol., Roma, 1951.
61. MOESCHLIN y Col.—*Acta Haemat.*, 9, 5. 1953.
62. NAKANISKI e HIRATO, cit. por RAVINA.—*La Pres. Med.*, 578. 1954.
63. OSGGOD.—*A. M. A. A. of Int. Med.*, 87, 3. 1951.
64. POLLI y MAGNONI.—*Omnia Terapeutica*, 3, 4. 1952.
65. PASTER VALLERY-RADOT y col.—*Sem. Hop. París*, 24, 1.919. 1948.
66. PEARSON y ELIEL.—*J. A. M. A.*, 144, 16. 1950.
67. PEDRO PONS y BOTEL.—*Med. Clínica*, 22, 2. 1954.
68. PERIANES.—*Rev. Clín. Esp.*, 47, 2. 1952.
69. POUYA.—*Rev. F. Med.* (Teherán), 9, 52. 1952.
70. REBUCK, BETHELL y MONTO y col.—«The leukemias; etiology, pathophysiolcgy and treatment». N. York, 1957.
71. REMY.—*Deutch. Med. Wschr.*, 9, 2 marzo 1956.
72. ROMERO, E.—«ACTH y cortisona en Hematología». Editado Universidad de Valladolid, 1954.
73. ROMERO, E., y ROMO, E.—«Estudio de la regulación hemática en los animales hipofisoprivos». CLÍNICA Y LABORATORIO, Zaragoza, 1950.
74. ROMERO, E., y SEBASTIÁN, M.—*Clínica*, 1951.
75. ROMERO, E., y GANDARIAS, M.—*Revista Clínica Española*, XLII, 4. 1951.
76. ROMERO, E.; AGUIRRE, y GANDARIAS.—*Revista Clínica Esapñola*, XLVII, 2. 1952.
77. ROMERO, E.—*Medicamenta*, 1, 7. 1957.
78. ROMERO, E.; CARO PATÓN, T., y SOLOHAGA, A.—*Revista Clínica Española*, 15 de julio de 1954.
79. ROUQUES, L.—*La Pres. Med.*, 244, 8 marzo 1955.
80. ROZMAN, C.—*Medicina Clínica*, 27, 6, 328. 1956.
81. RUNDLER y BARTON.—*Blood*, 7, 483. 1952.
82. SCHOENBACH y col.—*Cancer*, 5, 1.201. 1952.
83. SELYE.—«Síndrome general de adaptación». Salvat. Barcelona, 1953.
84. SCHULTEN y PRIBILLA.—*Med. Klin.*, 50, 1.631. 1955.
85. SIEGENTHALER.—*Schw. Med. Wschr.*, 86, 871. 1956.
86. — *Schw. Med. Wschr.*, 32, 899. 1956.
87. SLENTZ.—*Annals of Inter. Med.*, 35, 1. 1951.
88. SPIES, STONE y col.—*The Lancet*, 6, 624. 1950.
89. — *The Lancet*, 2, 2, 41. 1950.
90. THORN, FORSHAM y col.—«The diagnostiques and treatment of adrenal insuficiency». Thom. Springfield, 1951.
91. WATKINS, CH.—*The Med. Clin. of N. A.*, 40, 1.117. 1956.
92. WHITE y DOUGHERTY.—*Ann. N. Y. Acad. Sc.*, 46, 850. 1946.
93. WIDMAN, H.—*Folia Clín. Internacional*, 6, 12, 450. 1956.
94. WINTROBE.—*Am. Practit.*, 1, 68. 1950.
95. WINTROBE y CATWRIGHT, PALMER y col.—*Arch. of Inter. Med.*, 88, 310. 1951.
96. WINTROBE y col.—*Annals of Inter. Med.*, 41, 3. 1954.

Dirección: Muro, n.º 4. Valladolid.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 395 - TOMO LXVII
FEBRERO 1959

NEURALGIA TRIGÉMINA

NUEVA TERAPÉUTICA: OXÍGENOTERAPIA

POR EL

DR. JOSÉ CHABÁS

BARCELONA

La definición, etiología, formas y terapéutica médica o quirúrgica de las neuralgias del V par craneal, son de conceptuación muy controvertida.

Nociones previas.—Esa neuralgia tiene dos grupos de orígenes lejanos o regionales, procesos de vecindad profundos o craneales, de los que TOLOSA [1], entre seiscientos casos, halló treinta y uno de carácter irritativo trigeminal, y el grupo de procesos exclusivos del nervio, grupo que comprende gran parte de las llamadas «esenciales», calificativo que, como en tantas enfermedades, es término implícito de ignorancia etiopatogénica.

De muy antiguo conocida, pues ya en tiempo de GALENO éste la llamaba «tortura facialis», su radicación en el V par craneal la afirmaron BEEL y MAGENDIE a principios del XIX, dividiéndola en «psíquica» y «facial», perfilando la esencial o «tic doloroso» y la típica, si bien hay autores, como WILSON, que niegan la esencial, reputándola de debida a ignorancia, y propone las formas de «mayor» y «menor». En contraste, DANDY [2] niega la existencia de la genuina.

Ejemplo de controversia es el del dolor, del que recientemente [3] hemos emitido una génesis química. Síntoma común de esos procesos, es ya de por sí muy debatido, sea cual fuere su clase, aun el llamado «psíquico»; en ellas, como en todas las afecciones en que exista, lo valoramos como efecto de un trastorno del metabolismo, y como éste tiene su asiento en el hígado, ello implica deficiencia de éste, ostensible o no, pero segura, aunque a veces muy difícil de revelar, y es incógnita todavía, como lo eran muchas que van aclarándose del vasto capítulo de las llamadas hepatopatías latentes (1). De este capítulo, de esa generatriz del dolor y de muchas enfermedades, hemos publicado una serie de trabajos, de los que, concretándonos al reuma (2), lo hemos definido como consecuencia de especial

(1) Ese capítulo está revelando cada día más insospechadas relaciones etiopatogenéticas del hígado en varias afecciones y la prevención con que se debe juzgar a las actuales reacciones serológicas, etc., de la función de esa víscera y el que con apariencia de normalidad del hígado puede alterarse su función típica, es decir, su metabolismo, y descubrirse nuevos determinismos. Hechos no tenidos en cuenta por algunos, como J. J. BUNI (*J. Cron. Dis.*, 1957), que apenas concede valor por no primar la química al factor etiopatogenético del hígado en las neuralgias; de ello hemos publicado una serie de artículos, de los que, concretándonos al reuma, lo hemos definido como consecuencia de dishepatía y dismetabolia, determinantes de características acidosis e hipoxia, fondo neurálgico del V par.

(2) «Dishepatía y dismetabolia reumatógenas», *Gaceta Médica Española*, números de octubre y noviembre 1956, y febrero y abril 1957. «Terapéutica del reuma», en octubre 1957, y enero, marzo y junio 1958.

dishepatía y consecutiva dismetabolia, que determina acidosis e hipoxia, las cuales son fondo, ostensible o no, de las neuralgias del V par.

No sólo en las neuralgias y reúma, sino en gran parte de la patología, suele olvidarse el papel del hígado de ser órgano cardíaco, digestivo, sede del metabolismo y con función depurativa antitóxica. Es difícil, a veces, la investigación de tal deficiencia hepática y de su metabolismo; pero es de gran porvenir para captar su etiología y patogenia, como en muchas enfermedades. Bastarán, empero, dos datos para colegir la existencia de la acidosis e hipoxia indicadas y la orientación química de su terapia: cuando con la hipodermia de oxígeno, éste contacta con el nervio, con el terreno donde asienta, se observa, en el mismo momento de iniciarse la oxigenación, que ya comienza el alivio o cesa por completo el dolor y la acidosis del mismo, sea de la etiología que fuere; o con una o dos más, desaparece el dolor para siempre, como referimos ya de muchos años en numerosos trabajos y en nuestra obra «La oxígenoterapia» (3).

Limitada nuestra tarea a la terapéutica, sin embargo creemos pertinentes algunos datos de enlace con la terapia de la neuralgia trigémina, ya de un lado facial o del otro, que afecta las menos veces a su rama primera y las más a la segunda.

A veces, el dolor es súbito y dura sólo unos segundos; generalmente avivado por presión, tacto, risa, llanto o al lavarse la cara; a veces, con espasmo o contracciones del lado facial afecto, con tendencia a progresar o con remisiones de minutos y hasta de horas.

La edad del paciente suele ser mayor de 30 años. Afecta a la mujer, que la sufre con mayor frecuencia en el lado derecho.

De su etiología no hay nada seguro, concreto, y, sobre todo, no se ahinca en el factor químico genético que hemos revelado en nuestro reciente estudio sobre el dolor, concretando tal factor en la acidosis e hipoxia que derivan del trastorno metabólico resultante, ostensible o no, de esa víscera, del que en esa afección, como en gran número de otras, empieza a generarse el mal, como, por ejemplo, la epilepsia (4), en la que hemos señalado ese factor etiopatogenético, cuya existencia, repetimos, es a veces difícil de revelar, pero seguro con riguroso examen psicosomático. A veces, un leve tinte subictérico conjuntival es incentivo para que el hígado nos dé la clave.

Tienen gran semejanza con la típica trigémina las de por tumores u otros procesos que atacan a la raíz sensitiva trigémina de origen cerebeloso anteroinferior, o irritación por aneurisma, esclerosis, o irritación álgica del ganglio esfenopalatino, o neuralgia localizada especialmente en el ojo irradiando hasta la sién, mastoides, nariz y boca. Y, en fin, hay jaquecas que corresponden al trigémino, como refiere el citado TOLOSA en un estudio muy encomiable de tales aspectos y relaciones tras de operaciones sobre raíz trigeminal; en un 25 por ciento de los casos aparece el herpes facial, cuyo virus surge quizá en el 90 por ciento de casos, y cuya desaparición de la neuralgia se debe a la compresión de la raíz y no a la descompresión.

(3) Discurrimos la hipodermia de oxígeno en 1900, en Valencia (los primeros en España), ignorando que antes la ensayaron SPALLANZANI (1776), NYTEN (1811) y THYRIAR (1899) con la única finalidad de averiguar, en animales y luego en perros, si era tóxico ese gas, que en 1771 descubrió SHEELE y pronto fué llamado «aire vital» y «resucitamuertos». Nuestra primera inyección la practicamos en perros, y, dada su innocuidad, nos la aplicamos en una rodilla dolorosa por trauma y en el acto desvanecióse el dolor. Considerándonos autorizados por ello a inyectar enfermos, advertidos de la innocuidad y efectos antiálgicos, que seguimos observando en numerosísimas enfermedades, y referimos en muchos trabajos y en una obra —«La oxígnoterapia»— y seguimos publicando. Esa hipodermia, la afamada revista *Scalpel*, de Bruselas (1923) divide su historia en dos períodos: primero, de SPALLANZNI (1776) a CHABÁS (1900), que fijó las bases de esa nueva terapéutica, y segundo, de CHABÁS hasta el presente. Nuestro libro «Oxígenoterapia» es el único en español.

En el Congreso Internacional de Medicina de Lisboa, 1906, expuse, desde mi ensayo en 1900, las enfermedades en las que se ha ensayado y describo. Son: ántrax, furunculosis, neuralgias, ciática, braquial, trigémina y otras; ezcema húmedo, gangrena; supuraciones articulares, óseas, cutáneas; infecciones puerperales y gastrointestinales; ozena, meningitis, anemias, tuberculosis pulmonar, articular y tumoral; lepra y zona oftálmico, neumotórax, pleuresía, neumoperitoneo por ascitis. Y por las vías hipodérmicas endovenosa, intraarterial, rectal, vaginal, pleural e intraespinal.

(4) Por aquel entonces comenzamos a formar nuestro concepto del dolor, su etiopatogenia química, y de las neuropatías, que avanzamos en el Congr. Intern. Med., Madrid, 1919, en el que leímos la comunicación «Esbozo de un nuevo concepto etiológico y patogénico de la epilepsia. Cuestión de patología hepatointestinal». En el mismo año la reprodujimos en una «Comunication a l'Academie de Médicine» de Bruselas (1919). En ambas sesiones juzgóse con aplausos y merecedora de atención tal teoría. Esta está coincidiendo con la moderna orientación de la neuropatología.

Sobre su etiología se han formulado diversas teorías: lesional, trastornos de irrigación sanguínea del ganglio, infectiva, herpética o virásica y reumatiforme. Ninguna ha ahincado en su patogenia química, cuya bondad revela el constante beneficio de la oxígenoterapia. Mientras EHRENFELD la atribuye a trastorno vascular de vía simpática, BRAENCKER niega que esta vía sea transmisora, y otros hablan de anastomosis para ello con otros ganglios y nervios. Bien dice LEY PALOMEQUE [4], en acertada revisión del tema, que en éste hay muchas impresiones; por ejemplo, en la etiopatogenia del grupo más numeroso de neuralgias trigeminales, el de la esencial o típica (que llama también «tic doloroso»), en cuyo estudio analiza el concepto de DAUDIS, del que copia sus magníficos grabados.

La mayoría admite que la trigémina se debe a lesión del ganglio de Gasser inflamado o a tumor.

Es frecuente dividirla en psíquica o con lesión. Pero repetiremos la advertencia indicada de que el dolor llamado psíquico tiene también sustrato material, como todo acto o función de nuestro organismo que gasta materia, aunque nuestra psiquis en tan sutiles actos como la risa, llanto, rubor, susto, etc., no alcance a descubrir la o las sustancias incriminables. ¡Ahí es nada la acción de química removida, alterada, en el rubor, que *in actu* enrojece las mejillas; las variaciones faciales de la risa, etc., que interesan los sistemas nervioso, circulatorio, glandular, etcétera! ¿Que no conocemos, o no bien, su factor químico? Ya se conocerá esa sutil química al bucearla más. Por lo pronto, la acidosis y la hipoxia ya hoy aclaran mucho el problema, como veremos en terapia.

Por limitarnos a la terapia médica, sólo aludiremos a la cirugía; la del V par tiene dos manifestaciones preponderantes: la infiltración periférica o la central, o la sección del nervio, o la gassectomía, tractotomía, etc., muy delicadas, a veces sombreadas con graves repercusiones oculares.

Terapéuticas empleadas.—En cuanto a terapia exclusivamente física o química, advertiremos que la falta de bien definida etiología aboca a tantear infinitos recursos. Los tratamientos físicos merecen juicios muy dispares. Desde ADSON [5], que los repudia todos, hasta quien, rutinario sin ciencia, atiborra de rayos X, que encandilan a la víctima y... llenan el bolsillo del actuante. Pero esos rayos, y otros físicos, a veces son eficaces, como los ultrasonidos, bien estudiados por DELGADO PORTILLO [6]. También se ha propuesto la cocarboxilasa por vía parenteral, con la que JIMÉNEZ GARCÍA [7] señala éxitos luego de fracasar las dosis masivas de vitamina B.

A modo de advertencia y alusión deontológica de la propia y ajena práctica, formularemos un reproche, y en esta terapéutica con especial motivo por su abuso en técnicos y profanos, recordando un caso alusivo al empleo de dicha vitamina, que es *moda* emplear, cuyo fundamento no se conoce bien o se discute tanto, que hay autor que rotundamente afirma que «todavía no se ha encontrado razón de peso para fiarse de ella. Recordamos el caso en el cual, tras de concienzudo análisis, se determinó la normalidad vitamínica del neurálgico de abundosa y fracasada medicación y empleóse la vitamina B_{12} y rápidamente cesó el dolor al emplearla, a la que se atribuyó el éxito, que... se hubiera obtenido sin ella en tal individuo

eficazmente sugestionado, exaltada su esperanza y, para colmo, coincidiendo con el comienzo de una de tantas remisiones del dolor, efecto obtenible con el engañabobos «placebo»..., que si sin exaltables sugestiones se emplease, descubriríase cuán ficticia es, a veces, nuestra jactancia de triunfo.

Emplear esa vitamina, u otra, sin previo resultado analítico de deficiencia vitamínica o avitaminosis, es un rechazable empirismo, y de ahí diferencias de dosificación vitamínica en las neuralgias, cuyas alegadas mejorías comentan SURTES y HUGHES diciendo que se carece de prueba de que tengan efecto específico sobre trigemialgia, y de la cual G. R. GAUTIER (que la emplea) afirma que actúa más veces como medicamento de fondo que como antiálgico de acción inmediata, quizá por su intervención en procesos enzimáticos relacionados con el metabolismo hidrocarbonado de las células nerviosas.

La lista de medicamentos empleados en trigemialgia es inmensa; muchos, de profana indicación. Sólo simple relato, para no extralimitarnos del espacio habitual y emplear éste en el recurso que propugnamos. VALLEJO NÁGERA emplea por vena, con vitamina B fuerte, antibióticos, antivirásicos, áureomicina, proteína, tripaflavina y urotropina, además de la fisioterapia. Otros autores, los analgésicos, que LEY reputa de ineficaces, como los opiáceos, la radioterapia y la onda corta, y usa la aconitina en gránulos y iontoforesis largo tiempo. Con polifarmacia semejante, tratan otros autores. Además, la antipirina, salicilatos, etc, y toda la extensa gama de los llamados antirreumáticos y aplicación del calor.

Es frecuente observar, por desgracia, el no fundamentar la terapéutica en el previo examen psicosomático del paciente y encomendarse al azar, al tanteo de los más varios recursos, y así revelar el fallo de la etiología y carencia de fundamentos químicos.

Y, además, ¿cómo no reinar aquí el tanteo, la moda de usar antibióticos, la penicilina y estrógenos... para su descrédito?

Nuestra terapéutica.—Expuestos a que se nos tilde de presumidos, informaremos de otra prioridad, dentro ya del tema de este trabajo, referente a la hipodermia oxigenante de las neuralgias del V par craneal, concretamente de la del trigémino, anotando nuestro primer caso (y quizá en el mundo), que puede servir de pauta de esa terapéutica que vamos a referir. Y lo hacemos confiando en que se nos permita la ocasión de rendir un recuerdo de gratitud a los tres compañeros, ya difuntos, testigos de nuestra primera inyección: los excelentes y bien reputados oftalmólogo D. VICENTE DOMÍNGUEZ, neurólogo R. COLVÉ y el policlínico L. CORTÉS, mi inolvidable condiscípulo.

He aquí nuestro primer caso de oxígenoterapia de neuralgia del V par craneal, concretamente el trigémino, que nosotros, sin ser oftalmólogos ni neurólogos, expusimos en una Asamblea Regional de Valencia, el 1 de enero de 1915, caso que puede servir de pauta y de espécimen de mi práctica. Rápido resumen:

En 1.º de enero de 1915 presentóse a mi observación, con los colegas antedichos, Dolores Vilanova Camps, de Aldaya (Valencia), hornera, de excelente constitución, con insignificante historia morbosa; nada de sífilis, sin rasgo alguno de neurosis. Díjome que siete meses ya, le atormentaba una pertinaz dolencia, una neuralgia radicada en todo el territorio inervado por el trigémino izquierdo, que no cedía a la abundante medicación empleada, resultando ineficaces hasta las altas dosis inyectadas de morfina.

Ahora bien: cuando el pesimismo abatía su ánimo, aparecieron trastornos oculares en el ojo izquierdo, que el oftalmólogo y el neurólogo calificaron de «parálisis del V par en el ojo izquierdo» y, aunque no muy acentuada, conjuntivitis catarral crónica ligera, sin otra anormalidad en tal ojo. La neuralgia databa de siete meses, y los trastornos oculares, de mes y medio.

Ante los colegas que conocían casos de mi oxígenoterapia en varias enfermedades, practiqué la inyección hipodérmica en la parte media de la cara externa del cuello e izquierda.

A los pocos momentos, ya el oxígeno, favorecida su expansión por el amasamiento ligero *indispensable*, invadía todo el hemicráneo; al invadir la región ocular, el enfisema de los párpados, cerróse el ojo, con espanto de la enferma y testigos, enfisema que duró momentos merced al amasamiento (no galiparlo *masaje*), y alejóse de allí el oxígeno. Al instante, al segundo, la enferma, que hasta un momento antes, y durante mes y medio, le agobiaba el dolor y no podía andar sola por la perturbada visión izquierda, sintióse completamente restablecida, viendo con su antigua perfección los objetos; en el acto cesó toda aquella patología oftálmica, atribuída a consecuencia neurálgica, que al parecer iba a requerir tiempo y paciencia... si se curaba, o por lo menos duraría lo que tardase en curar la neuralgia del trigémino. La conjuntivitis cesó en dos días por el oxígeno. El acto fué... ¡inolvidable!

A los tres días, por precaución, le practiqué otra inyección, que, como en la primera, fué de medio litro, pues por dificultades que al amasamiento oponía la cabellera, no fué ello posible realizar'o el primer día, a fin de que el oxígeno atacase bien todo el territorio afectado por la neuralgia, la cual, desde el primer momento de inyectada, cesó.

Si se invocase, como se insinuó entonces, la acción física que en el ojo ejerciese el oxígeno, creo que la explicación sería más correcta, si se agregase, primando, la acción química que ejerce el oxígeno enérgicamente antirreductora, ya que todo terreno de parálisis, neuralgia o neuritis es eminentemente reducido, hipóxico y acidósico. ¡Qué poco se piensa en la química!

Nuestra oxígenoterapia de las neuralgias del V par consta de varias docenas de casos, como el reseñado, que puede servir de ejemplo o pauta, y por ello, y por brevedad, omitimos más historias aquí.

Su gran aliciente terapéutico, para envidia de otras terapias, es su *innocuidad*; jamás perjudica el oxígeno; sin él no hay vida; su beneficio lo revela ya apenas comienza la inyección; sólo no es presto si hay destrucción, y aun así, beneficia. Su dosis en inyección es de unos centímetros cúbicos a medio litro, practicada con un sencillo aparato improvisable fácilmente (5).

Perdone el lector este inusitado final, que confiamos se crea justificado, de este artículo científico de este ochentón.

Pregunta que muchas veces se nos ha dirigido: ¿Cómo no se practica más veces esa terapia tan fácil y de tan magníficos e instantáneos efectos?

¡Cuánto vapulearíamos esa abstención! Tendríamos que tocar el ingrato tema de cómo se ejerce la profesión, degenerada en comercio; lo averiado del compañerismo por la competencia de grupos, santones y camarillas, etc.; la preterición, tan arraigada, de la producción científica nacional, por la idolatría a lo extranjero. Quien discurrió tal terapéutica, razonándola en múltiples trabajos y en un libro, —«La oxígenoterapia», con prólogo de MARAÑÓN, que en él dice de su autor: «...su vida ha estado dedicada al trabajo con absoluta entrega, limpia de intención y eficacia en los resultados..., de limpia actuación en la ciencia y en la vida» —es... un español.

RESUMEN

Describe sintéticamente las neuralgias del V par craneal, y al referirse al síntoma dolor, lo estudia con su hipótesis química del mismo (hipoxia y acidosis), expuesta en varios trabajos, y alude a anteriores sobre dishepatía y dismetabolia en el reuma y otras enfermedades.

Para su tratamiento propuso, hace años, la inyección hipodérmica de oxígeno, de la que fué el primer español que, en 1900, la aplicó, y reseñado luego en numerosos estudios, y la cual,

(5) Consta de: frasco lavador conteniendo más de su mitad de agua caliente; tapón atravesado por dos tubos acodados de cristal, uno al que en su rama exterior se enchufa el balón de oxígeno y cuya otra rama llega a la mitad del agua caliente, de la que el oxígeno va surgiendo por el otro extremo exterior, al que se enlaza el de goma del juego de peras Richardson, en cuya extremidad se conecta la aguja inyectora. Se presiona suavemente el balón y el gas va penetrando en la región inyectada, lo que se favorece con suave amasamiento expandidor. Aparato, pues, sencillo, improvisable, económico, que no hemos patentado.

en 1945, ampliamente describió en su obra "Oxígenoterapia" y ha seguido exponiendo en varios estudios de aplicación, el primero, en extensa lista de enfermedades, empleando varias vías de oxigenación, con prioridad. Razona y encomia las cualidades tan patentes de su poderío terápico, innocuidad, instantánea actuación de alivio o cura de numerosas enfermedades, y la fácil aplicación con un aparato de inyección sencillo, económico y fácilmente improvisable, que ha rehusado patentar.

BIBLIOGRAFÍA

1. TOLOSA.—*Actas del policlínico Platón*, n.º 4. 1952.
2. DANDY.—*Bul. J. Hopkins Hop.*, t. 36. 1925.
3. CHABÁS.—«El do'or. Su química. El factor oxígeno en su etiopatología y tratamiento. Clínica y tratamiento». CLÍNICA Y LABORATORIO, junio 1958.
— «La oxígenoterapia. En varias enfermedades y vías». Prólogo de MARAÑÓN. Editorial Marín, Barcelona, 1945.
4. LEY PALOMEQUE.—*Bol. C. S. Col. Med.*, 3. 1955.
5. ADSON.—Trat. Medicina, de Cecil, pág. 1.650.
6. DELGADO PORTILLO.—*Med.*, 331, de 1956.
7. JIMÉNEZ GARCÍA.—Idem., 280, 1955.

Dirección: Diputación, 32, 2.º 1.ª. Barcelona.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 395 - TOMO LXVII
FEBRERO 1959

HOSPITAL DE SAN ANTONIO ABAD. SERVICIO DE MEDICINA.
Jefe: Dr. JOAQUÍN AYESTARÁN. San Sebastián.

LAS FORMAS EDEMATOSAS DEL LUPUS ERITEMATOSO DISEMINADO

POR EL

DR. CARLOS GARCÍA DEL RÍO

SAN SEBASTIÁN

Es sabido el polimorfismo clínico que puede afectar esta enfermedad. Desde el punto de vista puramente objetivo, únicamente se le puede caracterizar por las lesiones cutáneas típicas. Desde el punto de vista biológico, por el aumento de las globulinas y la aparición de células L. E. en el campo periférico o en la medula ósea.

Fuera de estos hechos, el cuadro de esta enfermedad es tan proteiforme que prácticamente no existe síntoma alguno o signo que no pueda ser producido por ella.

Como una forma poco frecuente en su presentación, creemos de interés la descripción del siguiente caso:

Historia clínica

J. M., de 30 años de edad, casada. Profesión: labores. Domicilio: Alza (Guipúzcoa).

Antecedentes familiares.—Padre muerto de cáncer de laringe. Madre muerta de cáncer de útero. Nueve hermanos; viven cinco; uno muerto de sarampión; uno muerto de hemoptisis. Marido sano. Dos hijos sanos, uno chato.

Antecedentes personales.—Infancia, sarampión. A los 16 años, adenopatías cervicales dolorosas, que curaron con reposo y calcio (tres años). A los 20 años, apendicectomía. A los 18 años, eczema generalizado por todo el cuerpo, con gran exudación que duró unos dos años. Al desaparecer lo del cuerpo, quedó con una erupción pruriginosa en cara, mejillas y dorso de nariz, *lupus vulgaris.*

Historia de la enfermedad actual.—La enfermedad actual comenzó ocho meses después de la apendicectomía. Anorexia, astenia y dolor en vacío y fosa ilíaca derecha; febrícula y sudores nocturnos. Diarreas de unas seis a ocho evacuaciones diarias, líquidas, de aspecto amarillento. Ingresó en un servicio de Medicina donde fué sometida a tratamiento, con lo que mejoró, desapareciendo la febrícula y las diarreas. En la exploración efectuada entonces se apreció polinucleosis, sin leucocitosis. Velocidad de sedimentación, 50, apreciándose en el examen radiológico de intestino una pigmentación de la papilla en delgado.

Estando ingresada comenzó a sentir dolores en articulaciones, codos, rodillas, etc., que no cedían a los analgésicos corrientes. No saltaban de una articulación a otra y fueron desapareciendo con diversos tratamientos.

Al mismo tiempo que esto le salieron unos bultos en ambas regiones laterales del cuello, del tamaño de almendras, muy dolorosos.

Toda esta sintomatología dura unos dos a tres meses, desapareciendo con diversos tratamientos. Se solía repetir cada cuatro meses, siempre con las mismas características. Ingresa

ahora con fiebre, edemas faciales generalizados, gran sensación de astenia y malestar general, vómitos.

Aspecto general.—Enferma en regular estado de nutrición. Edemas faciales que corresponden fundamentalmente a párpado inferior, con enrojecimiento del mismo y conjuntivitis concomitante. Cicatrices y zonas pápulocostrosas en ambas mejillas. Pigmentación morena de piel.



Aparato digestivo: Normal.

Aparato circulatorio: Tonos normales. Tensión arterial: 13-8.

Aparato digestivo. — Abdomen: cicatriz operatoria en fosa ilíaca derecha. Color muy moreno de piel. Se palpa hígado, cuyo borde inferior llega hasta línea periumbilical, de borde liso, blando, no doloroso.

Sistema linfático.—Adenopatías pequeñas en ambas regiones laterales del cuello, del tamaño de alubias, dolorosas a la presión, bien delimitadas, adherentes a planos profundos, sin modificaciones de la piel que lo recubre.

Sistema nervioso.—Reflejos tendinosos y periósticos normales. Sensibilidad normal. No Babinsky ni signos de su grupo.

Sistema dérmico.—Placas de alopecia diseminadas por cuero cabelludo, de forma variable y confluentes en algunas zonas.

Radiografía tórax: normal.

Análisis (22-IV-1958).—Orina: sin albúmina, sin glucosa, no pigmentos ni urobilina; gran cantidad de células de descamación; algunos leucocitos; no hematíes ni cilindros. Suero sanguíneo: velocidad de sedimentación, 26'5; urea, 0'31; Wassermann y complementarias (—); sodemia, 345 mgr. por ciento; potasemia, 15'8 mgr. por ciento.

Hemograma (8-V-1958): hematíes, 4.136.000; leucocitos, 9.050; fórmula: polis, 79; linfocitos, 15; monocitos, 4; trans., 0; eosinófilos, 2; basófilos, 0. 2-V-1958: R. Weltman, — 7'5; R. formogelificación, ++; R. McLagan, ++. 5-V-1958: fenómeno de L. E. (4 sangre periférica), ++. 14-VI-1958: aclaramiento ureico. Sangre: urea, 0'31. Orina: vol. 60 c. c./m.; urea, 9 gr. por ciento; S. B. C., 44'3 por ciento.

Biopsia de adenopatía cervical: adenitis inespecífica aguda.

Informe del servicio de Oftalmología: Conjuntivitis inespecífica, independiente probablemente de un proceso «dermatológico». Tratamiento: pomada de hidrocortisona. Nisolone: 30 mgr. diarios.

14-V-1958: Tuvo espontáneamente un episodio agudo con vómitos alimenticios y náuseas. Malestar general. Vuelve a estar mejor. Había mejorado con el tratamiento. En la exploración, nada anormal. T. A., 4-7.

27-V-1958: Se encuentra mejor. Persiste el mismo tratamiento. No ha vuelto a tener vómitos ni náuseas. Los edemas faciales van desapareciendo. Mejora el apetito y el estado general. T. A., 11-8'5.

3-VI-1958: Sigue lo mismo. Buen apetito. Bien de vientre. No fiebre. Sudores copiosos lo mismo de día que de noche. No escalofríos. Hace tres días nota dolor en región lateral derecha del cuello y hueco axilar del mismo lado. En la exploración se encuentran unas adenopatías del tamaño de piñones, adherentes a planos profundos, dolorosos, en hueco axilar. Se encuentran en cuello en parte izquierda, con las mismas características. Dice que le ha salido una mancha en región anterior del hombro derecho. A la exploración, marcada pigmentación de color ajamonado, tamaño de una moneda de cinco pesetas, que infiltra la piel y es ligeramente dolorosa al pellizcamiento. No sobresale de la epidermis. No descama. Mejoran los edemas palpebrales, que van disminuyendo y adquiriendo un tono cobrizo, y los lunares faciales. Tratamiento: persiste el mismo.

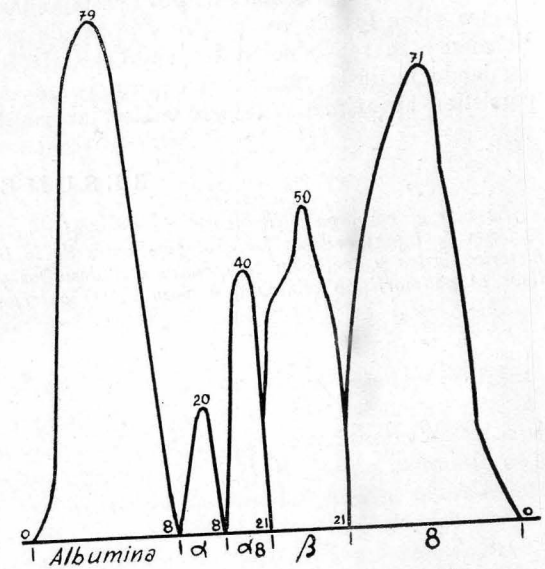
21-VI-1958: Se encuentra algo mejor. Buen apetito. Gana peso. Se queja de dolor en mejilla izquierda. Se aprecia una infiltración de la cicatriz lúpica, muy dolorosa al tacto y presión. Este mes ha tenido el período muy abundante.

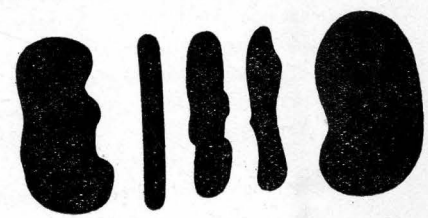
4-VIII-1958: La enferma se encuentra bien. Han desaparecido la infiltración y el edema facial. Buen estado general. Las adenopatías han desaparecido. Sale de alta. Se le aconseja disminuir la dosis de prednisona a dos comprimidos diarios (10 miligramos).

Vuelve a los pocos días nuevamente con edemas palpebrales. Se aumenta la dosis a tres comprimidos diarios y vuelve a desaparecer rápidamente. Los pigmentos, y en particular los párpados y cicatrices faciales, son de color pardo oscuro. Hepatomegalia de las mismas características.

Análisis: R. Weltman, 10; R. Kunkel, +++; R. McLagan, ++; proteínas totales, 7'85; proteínograma (gráfica adjunta); velocidad de sedimentación, 20.

PROTEINOGRAMA





Consideraciones

Predomina en este caso una acusada sintomatología general con otra también acusada de tipo local. La sintomatología general parece corresponder a un brote agudo de su enfermedad, como ya había ocurrido otras veces, aunque de forma no tan acusada. La sensación de malestar general y astenia es abrumadora. Incluso la enferma tenía sensación de muerte inminente.

La sintomatología local se presentaba por primera vez; consistía en una inyección conjuntival discreta, acompañada de edemas faciales, mucho más acusados en párpados inferiores, que al mismo tiempo tenían una coloración cobriza.

a) La patogenia de estos edemas es oscura. Es frecuente en esta enfermedad la aparición de edemas junto con el síndrome nefrótico; pero en nuestra enferma la exploración renal con los medios a nuestro alcance no acusaba grandes alteraciones. La cifra de Na. y K. quedaban también dentro de la normalidad, por lo cual no parecían de ninguna manera estar en relación con un trastorno de funcionalismo renal.

b) Ser una parte constituyente de las lesiones cutáneas. Diversos autores han señalado el polimorfismo de estas lesiones (OSLER, TUMALTY, DUBOIS, PAUTIER), que un porcentaje elevado de casos no tiene nada que ver en las lesiones típicas del lupos eritematoso.

DUBOIS señala el aspecto atípico de las lesiones cutáneas que pueden reproducir toda la gama de las aflorescencias dermatológicas. Podría tratarse, pues, la reacción inflamatoria inespecífica ante ciertas lesiones cutáneas que nada tendrían que ver con el lupus eritematoso. En la actualidad, no se aprecian más que cicatrices de lesiones anteriores y algunas zonas papulocostrosas en ambas mejillas, que impiden su filiación anterior.

c) Finalmente, las lesiones oculares, conjuntivitis, se pueden asociar a blefaritis (blefaroconjuntivitis) con edemas palpebrales acusados; pero en algunos brotes de la enferma las lesiones edematosas dérmicas e inflamatorias conjuntivales no han seguido un curso paralelo.

De lo expuesto parece ser que se trata de una forma dependiente de sus lesiones dermatológicas con infiltración de la capa subdérmica.

Hecho curioso de señalar son las placas de alopecia confluentes en algunas zonas y refractarias a la terapéutica habitual de estas formas, lo mismo que a la terapéutica con córticosteroides. Han sido señalados por diversos autores.

Por último, nos queda aún por constatar los efectos del tratamiento. De brillantes efectos sobre los signos faciales y el estado general. Al disminuir las dosis (10 miligramos) se reproducían los síntomas, de forma menos acusada, pero evidente. Subiendo la dosis, remitían en poco tiempo. Las alteraciones biológicas tumorales persistían aproximadamente lo mismo al ser dada de alta.

RESUMEN

Se cita el caso, poco frecuente, de una enferma afecta de lupus eritematoso con manifestaciones de intenso edema facial dependientes de la infiltración de la capa subdérmica y cuya historia clínica y evolución terapéutica son descritas y comentadas en detalle, poniendo de relieve el polimorfismo clínico que adopta esta enfermedad.

Dirección: Hospital de San Antonio Abad. San Sebastián

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 395 - TOMO LXVII
FEBRERO 1959

NEUROPATOLOGÍA DE LAS PSICOSIS ORGÁNICAS

POR EL

DR. JOSÉ SOLÉ SAGARRA

DIRECTOR CONSULTOR DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO «PEDRO MATA», DE REUS
JEFE DEL LABORATORIO DE NEUROPATOLOGÍA DEL INSTITUTO MENTAL
DE LA SANTA CRUZ, DE BARCELONA (Director: Dr. TORRAS)

BARCELONA

I

El término *psicosis orgánicas* se presta a múltiples interpretaciones, por lo que vamos a intentar precisar tal concepto antes de entrar en la temática propia de este trabajo. *Organicidad* arranca de LITRÉ, que insistía mucho en sus escritos médicos en las «enfermedades orgánicas, o sea, las que atacan los órganos», aceptándose desde entonces que las lesiones orgánicas son las que se manifiestan por alteraciones en los tejidos orgánicos, contraponiéndose a las llamadas enfermedades funcionales, en las cuales no se descubren lesiones en los órganos. Pero, a pesar de esta tajante diferenciación, la palabra *orgánico* ha ido adquiriendo diferente sentido en psiquiatría, en cuya rama médica no siempre lo orgánico es sinónimo de lesional, al menos de lesión demostrada objetivamente.

E. BLEUER estableció el concepto, más aceptado aún actualmente por la mayoría de los psiquíatras, de *síndrome orgánico y psicosis orgánica*, diferenciando bien la significación etiológica (amplia) y la psicopatológica (más restringida) del concepto orgánico en psiquiatría, y reservando el término de psicosis orgánicas para las psicosis basadas en una reducción difusa de los elementos cerebrales. De este modo se hace clásica la distinción entre síndrome orgánico y psicosis orgánica.

Con el nombre de *psicosis orgánicas* estudia solamente la parálisis general progresiva, la demencia arterioesclerosa y la demencia senil; en ellas existe una reducción difusa de la sustancia cerebral. Lo que él llama *psicosíndrome orgánico* requiere una condición anatómica precisa, que es la atrofia cortical difusa; el prototipo de este psicosíndrome orgánico es el síndrome de Korsakoff. En realidad, ambos conceptos están contenidos uno en el otro, lo que ha creado también muchas confusiones, incluso en el mismo autor que los describió. Sin embargo, ha servido para diferenciar bien las psicosis orgánicas propiamente dichas, ligadas a lesión difusa cortical, de las otras psicosis de etiología clara o supuestamente orgánica (desde los tumores cerebrales a los tipos de reacción exógena), que no se corresponden con el psicosíndrome orgánico.

Las cosas se complicaron más al describir BONHOEFFER sus tipos de reacción exógena aguda, de indudable etiología orgánica también, pero que no siempre es exógena, sino muchas veces endógena (uremia, por ejemplo). Y además, esta endogenia claramente metabólica dista mucho de poderse equiparar a la endogenia orgánica (¿genética?) que se acepta en las llamadas psicosis endógenas (esquizofrenia y psicosis maníacodepresiva), cuya insistentemente alegada somatosis no ha podido demostrarse hasta ahora e incluso se duda mucho de su existencia.

La diferenciación entre endógeno y exógeno se aparta algo de nuestro tema de hoy; pero tendremos que ocuparnos de ella para puntualizar conceptos que continuamente campean en la psiquiatría actual, conceptos muy diferentemente empleados por los diversos autores y escuelas. Detengámonos, de momento, un poco aún en la consideración de las psicosis orgánicas y de las sintomáticas en el sentido de E. BLEUER y BONHOEFFER. Hay cierto paralelismo entre estos dos grupos de psicosis y los síndromes demencial y confusional de los psiquíatras franceses, con DELAY a la cabeza.

Por otra parte, a partir de K. SCHNEIDER se ha ido aceptando la denominación exógena para las psicosis agudas, y orgánica para las psicosis crónicas, siempre dentro de lo que tal autor llama psicosis con fundamento orgánico. Claro, esto concebido sólo esquemáticamente, puesto que no hay duda que existen formas de transición. Posteriormente, M. BLEUER ha descrito aún el psicosíndrome cerebral localizado y el psicosíndrome endocrino, en oposición al psicosíndrome orgánico, difuso, descrito por su padre.

Para concretar en lo que cabe en la ambigüedad del término orgánico, digamos que, para nosotros, como para la mayoría de autores actuales, al hablar de psicosis orgánicas nos referimos a las de sintomatología correspondiente al psicosíndrome orgánico clásico, ligado a lesiones corticales difusas y crónicas. Este síndrome no debe confundirse necesariamente con el síndrome demencial, aunque la demencia sea el síntoma más constante del psicosíndrome orgánico intenso. Veamos ahora de adentrarnos en la *problemática endógeno - exógeno*. En psiquiatría, más que en el resto de la Medicina, se da la antinomia endógeno - exógeno, estrechamente relacionada con la funcional - orgánico. Y ello mucho más en el campo de las psicosis que en el de las neurosis, las dos grandes provincias que, desde un punto didáctico y práctico, podemos diferenciar en la psiquiatría actual.

Las psicosis son equiparables al resto de las enfermedades de toda la Medicina, cuya característica común es la aparición de un *novum* que cambia radicalmente el curso vital del individuo, pasando de un modo brusco o paulatino, pero siempre incomprensible psicológicamente, de la salud a la enfermedad franca. En las neurosis y sus próximas parientes las reacciones psicopáticas, el paso de lo normal a lo patológico suele ser más insensible (salvo en los casos de violentos traumas psíquicos y las correspondientes reacciones psicógenas groseras) y se comprenden psicológicamente, por tratarse de simples desviaciones de la personalidad o caracterológicas. En las psicosis habría siempre una etiología orgánica, conocida o no; en las neurosis no habría causalidad orgánica, o sería todo lo más una concausa, y vendrían a ser, desde el punto de vista nosológico, como el puente de unión de la normalidad con la franca enfermedad mental o psicosis. En la práctica no existe esta dualidad tajante neurosis-psicosis, puesto que abundan los casos límite de neurosis rayanas a las psicosis endógenas (esquizofrenia y psicosis maníacodepresiva) y de psicosis mitis o abortivas (endógenas ante todo), que fácilmente se confunden con estados neuróticos o psicopáticos. Los defensores a ultranza modernos del concepto neurosis con valor nosológico equiparable a las psicosis (autores

yanquis principalmente) pretenden distinguir ambas provincias, las neurosis y las psicosis, mediante la exogenia y la endogenia; es decir, que en la causa de las primeras predominará con mucho la etiología ambiental y el trauma psíquico, mientras que en las segundas, especialmente en las que se llaman endógenas, lo endógeno, o sea lo anclado en lo genéticoconstitucional, sería la causa principal del enfermar. Esto es inexacto por completo, puesto que todas las neurosis precisan de un fondo constitucional determinado para que se originen, especialmente las reacciones psicopáticas propiamente dichas (que constituyen la mayoría de las neurosis), en cuya etiología las causas exógenas ambientales quedan en segundo término de las constitucionales, ya que tales reacciones patológicas de la personalidad se dan precisamente en las llamadas personalidades psicopáticas.

Pero si en las neurosis vemos ya acusada la antinomia endógeno - exógeno, mucho más lo es en las psicosis, que ha servido incluso para su clasificación en dos grandes grupos: las psicosis endógenas y las exógenas. En el primer grupo se comprenden la esquizofrenia o esquizofrenias y la psicosis maníacodepresiva o su más amplio grupo de las fasofrenias; es más discutible la inclusión de la epilepsia esencial entre las psicosis endógenas, ya que este concepto está llamado a la extinción (de la epilepsia) en favor de la epilepsia síndrome o sintomática, según se desprende de las modernas investigaciones electroncéfalográficas, ante todo. Estas psicosis se suponen debidas principalmente a factores genéticos y constitucionales o a degeneraciones de sistemas psíquicos (KLEIST) deconocidas aún, puesto que no se ha descubierto hasta ahora causa orgánica específica (cerebral o extracerebral) alguna de las mismas. En cambio, en las psicosis exógenas podemos contar siempre con una causa objetiva, en verdad de muy diversa índole, pero siempre presente y demostrable. Esto las aproxima enormemente al resto de la patología médica, siendo en ellas en donde el médico práctico puede usar el mismo lenguaje nosológico con que está acostumbrado a emplear con sus enfermos orgánicos, pudiendo eludir embarazosas lucubraciones que por fuerza encontrará en las más subjetivas entidades nosológicas, como son las psicosis endógenas, las neurosis en amplio sentido e incluso la moderna y demesurada patología psicosomática.

La división que hacemos de todo el amplio campo de las psicosis en endógenas y exógenas puede parecer simplista y no responder a la realidad. No negamos lo discutible que es, como lo es todo por desgracia aún en psiquiatría, ya que el puro empirismo domina todavía su nosología; pero, desde el punto de vista práctico, que es el principal que aquí tenemos en cuenta, creemos es la más acertada. Hemos titulado este trabajo con el nombre de psicosis orgánicas, para acentuar el carácter orgánico de las mismas y dejar de tener que incluir cuadros patológicos que se originan en el propio cuerpo (psicosis metabólicas, por ejemplo) y que precisamente se llaman endógenas en patología interna (uremia, disendocrinismos). Pero orgánicas lo son todas las psicosis, las endógenas y las exógenas; en esto estamos de acuerdo todos los psiquíatras. Por lo que conservábamos la clasificación binaria de las psicosis anunciadas, entendiendo que la diferenciación endógeno - exógeno, para nosotros, está en la causalidad genéticoconstitucional, presente en ambos grupos de psicosis, como lo está también en toda neurosis, pero con prevalecencia casi absoluta en las psicosis endógenas y como sólo mera disposición constitucional en las psicosis exógenas, en las cuales la causalidad por fuera de lo genéticoconstitucional lo es todo. A la postre, en etiología psiquiátrica siempre hemos de movernos en el sentido de prevalencias, indagando cuánto de uno y cuánto de lo otro: cuánto de endógeno y cuánto de exógeno, cuándo de funcional y cuánto

de órgánico, cuánto de genético y cuánto de ambiental. De ahí la necesidad imprescindible de aplicar constantemente el llamado diagnóstico pluridimensional en psiquiatría.

II

KLEIST atribuye causa orgánica, sea conocida o no, a todas las enfermedades psíquicas, llegando más lejos que ningún otro autor actual en el sentido causal organicista, puesto que al equiparar las enfermedades mentales a las neurológicas, como hace este autor, su punto de vista nosológico enfoca toda la psiquiatría hacia lo orgánico, tendiendo a trasladar en último término a la psiquiatría los conceptos generales de organicidad que rigen en neurología. En la crítica de la clasificación de las enfermedades neuropsíquicas de KLEIST, que publicamos recientemente (*Archivos de Neurobiología*, XIX, 2, 1956), hicimos ya extensas consideraciones sobre los grupos neurógeno (endógeno), alógeno (exógeno) y somatógeno, de tal autor, así como sobre la problemática general de la nosotaxia y neuropatología de las diversas psicosis, entre ellas las comúnmente aceptadas con el nombre de orgánicas. A dicho trabajo remitimos y a la comunicación presentada sobre parecido tema, en 1955, en la Academia de Ciencias Médicas de Barcelona, publicada en los *Anales* de dicha entidad científica. Asimismo, en dos monografías nuestras en prensa, en la «Colección Española de Monografías Médicas», dedicadas, respectivamente, a las psicosis exógenas y somatógenas, tenemos que ocuparnos forzosamente de la problemática de lo enógeno - exógeno y, por ende, de lo orgánico en amplio y estricto sentido, resolviendo la cuestión mediante la descripción de las psicosis de causa física (traumatismos craneales), química (toxifrenias), infecciosa, luética, neurovirásica y carencial, en las psicosis exógenas; mientras que las psicosis somatógenas las estudiamos repartidas en los capítulos destinados a las psicosis metabólicas, disglandulares, evolutivas (oligofrenias), involutivas (menopáusicas), vasculares (arterioescleróticas), neurógenas (tumores cerebrales, Pick, Alzheimer) y seniles.

Tanto la clasificación de KLEIST citada, como la simple enumeración que acabamos de citar de nuestras inéditas monografías, así como todas las clasificaciones que se han dado respecto al tema que tratamos, son discutibles y cada cual está en su perfecto derecho de aceptarlas o no. Abundan los argumentos en pro y en contra, yéndose a parar en último término en bizantinas disquisiciones teoréticas en el estado actual de la psiquiatría. Por lo tanto, como nuestro cometido en este trabajo es esencialmente práctico, puesto que lo basamos en los resultados necrópsicos obtenidos de nuestro *material del Laboratorio Neuropatológico del Instituto Mental de la Santa Cruz, de Barcelona*, vamos a circunscribirnos a estudiar la neuropatología de las psicosis orgánicas que figuran entre dicho material clínico, cuyo resumen es el siguiente:

De *ochenta y cinco cerebros estudiados* histopatológicamente en dicho servicio [1], treinta y cinco corresponden a psicosis orgánicas del tipo de las descritas anteriormente, o sea, un poco más del 40 por ciento. El resto (cerca del 60 por ciento) de los cerebros estudiados corresponde a casos de esquizofrenia, oligofrenias y psicopatías diversas. El orden de frecuencia de las psicosis orgánicas en el mencionado material necrópsico es el siguiente: 1) Parálisis general progresiva, ocho casos (se trata de casos antiguos, puesto que desde la era antibiótica escasea mucho

[1] Agradecemos la colaboración de los doctores CASANOVAS, PEDROSA y JAUMOT.

más tal enfermedad); 2) Arterioesclerosis cerebral, ocho casos (desde grados ligeros, hasta muy acusados neurobiológicamente); 3) Demencia senil, cinco casos (solamente las formas bien acusadas clínica y anatómicamente); 4) *Enfermedad de Alzheimer, cuatro casos;* 5) Enfermedad de Pick, dos casos; 6) *Delirium cautum,* dos casos; 7) Polioencefalitis hemorrágica superior de Wernick, un caso; 8) Colesteatoma de la base del cerebro, que dió típica psicosis orgánica, un caso; 9) Leucoencefalitis aguda, un caso; 10) Lúes nerviosa terciaria, un caso, y 11) Epilepsia familiar mioclónica degenerativa, un caso. La mayoría de estos casos clínicos, al morir, estaban en el período final de demencia orgánica.

Es de subrayar el número relativamente crecido de casos de demencia presenil de Alzheimer, que duplica al de los casos de enfermedad de Pick y es más frecuente en las mujeres (de los cuatro casos, sólo uno corresponde a varón), datos que concuerdan con los de la mayor parte de autores que se han ocupado de este tema.

En nuestro material de psicosis orgánicas mencionado cabe hacer la diferenciación entre psicosis orgánicas características y no características. Entre las primeras tenemos a las demencias orgánicas propiamente dichas, o sea, las demencias paralítica, (luética), arterioesclerosa, senil y preseniles de Pick y de Alzheimer, que son las que ocuparán preferentemente nuestra atención en este trabajo. Las psicosis orgánicas menos características de nuestra cerebroteca son la polioencefalitis hemorrágica superior de Wernicke (pseudoencefalitis alcohólica), las leucoencefalitis, la epilepsia mioclónica familiar progresiva y el *delirium acutum.*

En la imposibilidad de dar una descripción detallada neuropatológica de las psicosis orgánicas citadas, que alargaría en demasía este trabajo, séanos permitido trazar unas consideraciones generales sobre las *demencias orgánicas,* especialmente las arterioescleróticas, seniles o preseniles. Al lector interesado en conocer nuestro concepto neuropatológico de las psicosis orgánicas citadas anteriormente, le remitimos a nuestro libro «El substrato anatómico de las enfermedades mentales» (Editorial Salvat, 1948, Barcelona).

Digamos aquí tan sólo que desde KRAEPELIN, la en aquel entonces hipertrofiada arterioesclerosis cerebral se fué desmembrando en las demencias senil y preseniles de Pick y de Alzheimer, gracias a la labor de destacados neuropatólogos, entre los cuales merecen destacarse los dos nombres que acabamos de citar. La arterioesclerosis cerebral propiamente dicha quedó reducida al síndrome vascular estricto (cerebral, por supuesto), hoy bien conocido por todos los patólogos; mientras que el descubrimiento de la atrofia parenquimatosa cerebral, local o difusa; las placas seniles, los depósitos intracelulares masivos de lipofuscina y las lesiones neurofibrilares características de Alzheimer, juntamente con la clínica (maestra señera siempre de todas las ramas de la Medicina y, por tanto, de la Psiquiatría), fueron deslindando los síndromes anatomoclínicos, hoy bien caracterizados, de las demencias senil y preseniles de Pick y Alzheimer.

Grosso modo, podríamos decir que, anatómicamente, demencia senil es igual a enfermedad de Pick (por la atrofia cerebral) más enfermedad de Alzheimer (placas seniles y alteraciones neurofibrilares). En efecto, lo característico de la enfermedad de Pick es la atrofia cortical, con gliosis sustitutiva, de localización frontal preferentemente, aunque también puede localizarse en los lóbulos temporal y occipital; de ahí los nombres de Pick frontal, temporal y occipital. Lo característico de la enfermedad de Alzheimer son las placas seniles abundantes y las lesiones degenerativas (formas en tirabuzón, en ovillo, etc.) de las neurofibrillas

neuronales evidenciadas con los métodos argénticos. Pues bien, la demencia senil se caracteriza por la presencia de atrofia con gliosis sustitutiva cerebral, placas seniles y las lesiones neurofibrilares descritas, que se conocen como lesiones de Alzheimer, en honor a su descubridor. La clínica y la edad (las demencias preseniles se presentan generalmente de los 55 a los 65 años de edad, mientras que la demencia senil raramente empieza antes de los 70 años) vienen a ayudarnos perfectamente en la diferenciación de tales psicosis orgánicas demenciales, en las cuales la neuropatología representa ya, sin embargo, un apoyo etioclínico considerable.

Nos interesa aquí mencionar que la lipofuscina intracelular neuronal puede encontrarse ya en cerebros de menos de 30 años de edad, aunque sea ello un hallazgo muy raro. Tanto esta degeneración grasienta celular como cierto grado de gliosis cerebral, son, hasta cierto punto, normales en los ancianos; pero en las demencias orgánicas citadas, especialmente en la demencia senil, están muy acusadas. Las placas seniles, con su estructura de núcleo radiado, espacio vacío y corona dentrítica circundante, parecen tener origen vascular, son de 20 a 60 micras de diámetro y son genuinamente humanas, puesto que no se han encontrado en ningún cerebro animal; no todos los cerebros de dementes seniles tienen tales placas, y, en cambio, algunos cerebros de ancianos normales psíquicamente las contienen.

III

Hemos visto que en ochenta y cinco cerebros encontramos cuatro casos de *enfermedad de Alzheimer*, o sea, más del 4 por ciento. Este porcentaje sólo traduce de un modo aproximado la frecuencia de tal enfermedad en nuestro material; primero, porque la necropsia no se realiza sistemáticamente a todos los enfermos fallecidos en el Instituto Mental en que está instalado nuestro laboratorio, y segundo, porque el diagnóstico de uno de nuestros casos, el cuarto, es discutible entre enfermedad de Alzheimer y demencia senil, aunque anatómicamente nos inclinemos por el diagnóstico de la primera de tales gerodemencias.

Sin embargo, aun así es relativamente elevado el número de enfermos de Alzheimer que encontramos, cuyas historias clínicas y protocolo necrópsico insertamos seguidamente, para que se vean las concordancias y discordancias anatomoclínicas de tales casos, en alguno de los cuales sólo la necropsia confirmó plenamente el inseguro diagnóstico clínico, especialmente con las enfermedades próximas parientes de la de Pick y demencia senil.

Uno de los casos fué diagnosticado, por todos los psiquíatras asistentes a una sesión clínica, de parafrenia o esquizofrenia involutiva de tipo paranoide. Esto nos hace creer que de prodigarse más en España los exámenes anatomopatológicos de los enfermos mentales se diagnosticarían más casos que hasta ahora de enfermedad de Alzheimer y de Pick, pues, a buen seguro, no pocas psicosis climatéricas de difícil diagnóstico clínico, aunque se aplique debidamente, como debe hacerse siempre en estos casos, el diagnóstico estructural de BIRNBAUM y el polidimensional de KRETSCHMER, son, en realidad, comienzos solapados demenciales tipo Pick o Alzheimer. Esto es importante incluso desde el punto de vista práctico, puesto que sabemos huelgan en tales casos los tratamientos biológicos y psicoterápicos, que tan frecuentemente se prodigan de un modo inútil.

Hemos creído que lo más característico del material histopatológico comentado es lo referente a la enfermedad de Alzheimer, a cuya problemática anatomoclínica

dedicamos el resto de este trabajo. Las otras psicosis orgánicas que entran en el mismo, y que hemos citado anteriormente, tienen también, naturalmente, suma importancia; pero aquí debemos prescindir, en aras a la brevedad, de su estudio. En los últimos años hemos publicado varios trabajos dedicados a las mismas en *Archivos de Neurobiología*, así como se describen ampliamente y se recogen experiencias y figuras de nuestro material respecto a tales psicosis en nuestro mencionado libro «El substrato anatómico de las enfermedades mentales», al que remitimos a quienes se interesen por estros problemas, que cada día abundan menos entre nosotros, en comparación con el interés que despierta actualmente en nuestro país la directriz especulativa antropológica de comprender holísticamente la psiquiatría, tan alejada de la objetividad, quizá árida, pero sólida al menos, de la neuropatología.

CASO N.º 1.—Teresa G. B., soltera, natural de Montblanch (Tarragona); 54 años de edad al ingresar en el Instituto Mental de la Santa Cruz (en 7 - III - 52).

Resumen del certificado médico de ingreso (Dr. J. OBIOLS, psiquíatra): «...Padece demencia presenil, atribuíble, según los datos del electroencéfalograma, a un proceso vascular central. La paciente debe ser ingresada en un establecimiento psiquiátrico, por su enfermedad y su incompatibilidad social.»

Antecedentes familiares (datos facilitados por una prima, la pariente más próxima de la paciente): Padre, madre y un hermano fallecidos por *tuberculosis pulmonar* antes de los 40 años de edad; los dos otros hermanos restantes, fallecidos a los tres y a los cinco años, por proceso respiratorio sospechoso de fimia también. Ningún antecedente conocido de enfermedad mental en la familia.

Antecedentes personales: Desarrollo somatopsíquico normal en la infancia. No tuvo menarquía, sin demostrar interés en ser tratada médicamente por tal anomalía. *No hay antecedentes patológicos de importancia.* Quedó huérfana de padre a los cinco años de edad, y de madre, a los ocho, pasando a vivir bajo la tutela de unos tíos suyos que tenían dos hijos, tratándola siempre como a una hija. Era afectuosa, sociable y muy agradable, teniendo muchas amistades. En el pueblo la querían todos. Escuela desde los cinco a los quince años; aplicada, activa, poca facilidad para las matemáticas y mucha afición a las labores de costura. Ha permanecido siempre en casa de sus tíos. A los diciocho años tuvo relaciones amorosas con un chico de su pueblo, que él interrumpió. Ella le quería, pero parece ser no sintió mucho disgusto, pues nunca se interesó por el otro sexo. Hacía una vida tranquila, sin ambiciones. Se ocupaba de labores domésticas, y los días festivos solía ir a paseo o al cine con amigas o familiares.

Enfermedad actual: Comienzo solapado hace unos siete años. Sentía miedo de estar sola y no quería salir a la calle si no era acompañada, sin precisar por qué tenía miedo. Luego notaron que iba perdiendo la memoria de cosas recientes, acentuándose cada vez más, hasta el punto de que actualmente olvida lo que ha hecho unos segundos antes. A la vez, pérdida de facultades para el trabajo. Se quedaba largos ratos parada, sin hacer nada. Fácilmente se equivocaba en las tareas que emprendía. Actualmente está en un estado avanzado de pérdida de sus aptitudes psíquicas. Desorientada en espacio y tiempo. No cuida de su aseo personal. Siempre quieta y callada. Come poco. No quiere dormir si no tiene compañía. Vista por un psiquíatra últimamente, se le han practicado tres sesiones de electrochoque, sin resultado.

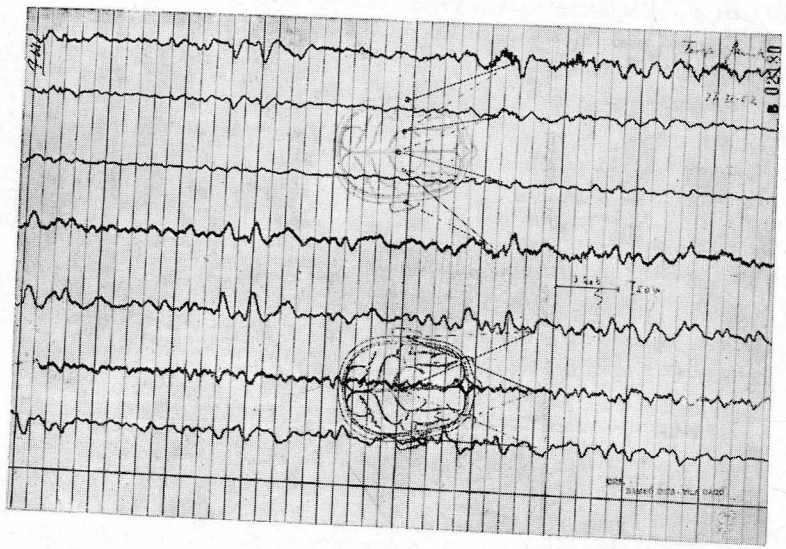
Curso: A los quince días de su ingreso en el establecimienot psiquiátrico, se han acentuado los síntomas demenciales, apareciendo confusión psíquica e incoherencia del lenguaje, con tendencia al mutismo. Luego aparece diarrea, que obliga a guardar cama a la paciente, en estado gatista. Caquexia progresiva. A los dos meses de estancia en el establecimiento, fallece por bronconeumonía.

Exploraciones complementarias: E. E. G. (Dres. SAMSÓ DÍES y VILA BADÓ): «Sobre un ritmo de base con frecuencias lentificadas a 5-6 c/s. irregulares, aparecen formaciones delta también irregulares, difusas y bilaterales (3-4 c/s.) de voltajes entre 75-100 mcv., más aparentes en las derivaciones frontales y centrotemporales. En derivaciones occipitales, ritmos dentro de las características citadas, con pequeños sectores de actividad alfa muy irregulares y sin poderse apreciar reacción de paro a la apertura de los ojos. No se han practicado activaciones, por la falta de colaboración de la paciente. Impresión del E. E. G.: Alteraciones bioeléctricas difusas, de predominio medio y anterior, de probable naturaleza dismetabólica vascular, siendo compatible

el trazado con las anomalías encontradas en demencias preseniles (tipo Alzheimer). Pronóstico desfavorable. 2 - II - 1952.»

Exploración física: Nada anormal en su ingreso, salvo exaltación de reflejos tendinosos generalizada. A rayos X, tórax normal.

Exploración neurológica en 29 - III - 52: Actitud en ligera flexión del pie izquierdo, estando la enferma en decúbito supino. Hiperextensibilidad a nivel de las extremidades derechas. Motilidad algo disminuída en pierna izquierda. Reflejo aquíleo derecho algo más vivo que el izquierdo. No se puede explorar sensibilidad, coordinación y estado de la marcha, por la nula colaboración de la paciente.



Laboratorio: Reacción de Wassermann y M. K. R. II, negativas. Glucemia: 1'48. Urea en sangre: 0'54. Colesterinemia: 2. Reacción de Weltmann: 7. Velocidad de sedimentación: 8 y 20 a una y dos horas; índice de Katz: 12. Fórmula hemática y recuento de glóbulos rojos y blancos, normal. Orina: normal.

Necropsia: Se examina solamente la caja craneana, sacándose el cerebro para su ulterior estudio. Ninguna anormalidad que llame la atención.

Examen macroscópico del cerebro: Cerebro más bien de tamaño reducido, sin ninguna alteración visible, tanto en su superficie como en los vasos de la base encefálica. En los cortes de Pitres tampoco observamos alteración alguna.

Examen microscópico del cerebro: Lesiones celulares difusas neurofibrilares en la corteza cerebral, típicas de enfermedad de Alzheimer, especialmente acusadas por todo el lóbulo frontal, en el cual también aparecen placas seniles, poco abundantes e incompletamente desarrolladas.

Diagnóstico anatómico: Enfermedad de Alzheimer.

Enseñanzas de este caso: Hay concordancia anatomoclínica y electroencéfalográfica.

CASO N.º 2.—Concepción P. C., casada, natural de Ventosa (Logroño), de 61 años de edad en su ingreso (23 - XII - 1950) en el Instituto Mental de la Santa Cruz.

Resumen del centificado médico de ingreso (Dr. A. Moya, médico no psiquíatra): «Actitud desordenada, muy desorientada, confusa, pérdida de memoria, amanerada, gesticulante, sucia, agresividad; dice le roban sus enseres.»

Antecedentes familiares (datos facilitados por su hijo): No hay antecedentes de enfermedades mentales en la familia de la paciente. Ha tenido tres hijos, de los cuales viven dos; el otro murió en la guerra.

Antecedentes personales: Desarrollo somatopsíquico en la infancia y adolescencia, normal. Cultivada, inteligente, impulsiva, dominadora. Ha tenido conducta psicopática toda su vida. A los 18 años de edad se fué de su casa, casándose al cabo de dos meses. Poco después de

haber tenido su tercer hijo, se separó del marido; logró el divorcio en tiempo de la República, casándose con otro, del que se separó también. Ha querido vivir siempre sola, en un piso con realquilados, negándose a vivir con sus familiares. Pronto se cansaba de las cosas. Espectacular, egoísta, morfinómana. Cuando tenía algún disgusto tomaba morfina para calmarse, inyectándosela ella misma. Cambiaba continuamente de médico para conseguir morfina. Se cortó las venas de la muñeca dos o tres veces, mostrando a los realquilados la sangre que salía, para atemorizarles; otras veces tomaba sangre de gallina y la vomitaba delante de los mismos, simulando hemoptisis. Así conseguía sus propósitos. En varias ocasiones pegó a sus maridos y a las criadas que tenía.

Enfermedad actual: Hace diez años empezó a perder la memoria y juicio crítico, desorientándose paulatinamente y de un modo progresivo, hasta la actualidad, que está completamente demenciada. Apenas conoce a sus hijos. Se ensuciaba en la cama y por el piso.

Exploración psíquica: Tranquila, sintónica. Formulismos sociales conservados. Desorientación personal completa. Ausencia de juicio crítico y raciocinio. No recuerda su nombre, ni su edad, ni a sus hijos. Afasia nominal, agnosia y apraxia intensa. No reconoce los objetos más elementales, ni acierta a efectuar actos sencillos, como encender una cerilla.

Curso: Nota de 23 - VI - 1951: Personalidad sintónica, juicio muy alterado, desorientación completa auto y alopsíquica. Emotividad lábil, sin contenido. Tranquila. Laboriosidad nula.

Diagnóstico: Estado demencial, con agnosia y apraxia. Nota de 14 - VI - 52: Hoy la enferma ha tenido un ataque epiléptico, con convulsiones clónicas generalizadas, caída al suelo, amnesia y sueño postconvulsivo. Al caerse se ha producido una ligera herida en la región frontal. Nota de 31 - VII - 53: Fallece en pleno estado caquéctico.

Exploración física: Hábito pícnico. Desnutrida. Motilidad normal. Trastornos agnósticos. Reflejos pupilares normales. Resto de la exploración somática, nada importante. Presión arterial: 14'5-9. Rayos X: tórax normal. Laboratorio: R. de Wassermann y M. K. R. II, negativas. Fórmula hemática y recuento de glóbulos rojos y blancos, normalidad. R. de Weltmann: 7'5. Glucemia: 1'30. Colesterinemia: 2. Orina, normal. Urea en sangre: 0'32. Curva de glucemia: ayunas, 0'90; media hora, 1'29; una hora, 0'57; dos horas, 0'72.

Necropsia: Nada importante llama la atención en el examen externo del cadáver y al abrir la caja craneana, única parte corporal explorada. Se conserva el cerebro para su estudio.

Examen macroscópico del cerebro: Cerebro muy pequeño, con circunvoluciones atróficas difusamente, en especial en su mitad anterior. Esclerosis vascular de la base del cerebro de mediana intensidad. A los cortes de Pitres, dilatación ventricular intensa, especialmente en la parte posterior del sistema ventricular. *Medula espinal:* nada anormal externamente, ni en los cortes transversales, en los 15 centímetros de la parte superior medular extraídos en la necropsia. *Resumen:* atrofia cerebral difusa.

Examen microscópico del cerebro: Placas seniles (método de Bielschowsky) abundantes en ambos lóbulos frontales y resto de la corteza cerebral, siendo más escasas en el asta de Ammon. En cambio, las lesiones neurofibrilares típicas de Alzheimer, que pueden descubrirse por todo el cerebro, abundan más en el asta de Ammon.

Diagnóstico anatómico: Enfermedad de Alzheimer.

CASO N.º 3.—Cayetana T. V., de 53 años al ingresar en el Instituto Mental de Santa Cruz (29 - XI - 48); soltera, natural de Sitges (Barcelona).

Resumen del certificado médico al ingreso (firmado por el Dr. R. Pedrol Milá, médico no psiquíatra): «...presenta un estado demencial, caracterizado por alternancias de irritabilidad nerviosa y depresión moral, con manía persecutoria, que pone en peligro todo cuanto le rodea. Por lo que precisa su pronto ingreso en un establecimiento frenopático.»

Antecedentes familiares (datos facilitados por una amiga): La madre vive aún, sana, y tiene 78 años. Padre fallecido hace años, ignorándose la edad y la causa de la muerte. Un hermano de 50 años, sano. El padre, la madre y el hermano, siempre muy delgados (leptosomos). No hay antecedentes familiares de enfermedad mental.

Antecedentes personales: Al final de la guerra civil comenzó a disminuírle la menstruación, coincidiendo con la carestía alimenticia de aquella época. Desde entonces, hipomenorrea, y desde hace un año, períodos de amenorrea de dos a tres meses de duración. Aparte de esto, nada de interés en sus *antecedentes patológicos.* Desarrollo somatopsíquico normal en la infancia y adolescencia. Siempre se ha considerado superior a los demás. Quería vivir como una señorita, sin tener en cuenta su situación económica y social. A los 18 años tuvo un novio militar, que la dejó. Estaba muy enamorada y sufrió mucho por ello. A pesar de todo, continuó saliendo con chicos y tuvo ocasión de tener otro novio, que dejó ella por ser inferior al primero. A los

27 años empezó a retraerse, saliendo poco de casa y volviéndose poco activa. Sólo trabajaba cuando le obligaba mucho la necesidad, pareciéndole el trabajo una humillación, hasta el punto de preferir padecer hambre a trabajar. Antes había sido una chica agradable, sociable y elegante, siendo de las más guapas del pueblo; halagada, obsequiada, educada, inteligente. Indiferencia religiosa.

Enfermedad actual: A partir de los 28 años de edad, se retiró por completo en su casa, llegando a no relacionarse con nadie. Sólo iba de casa al trabajo, y los domingos permanecía todo el día en su domicilio. Hace un año empezó a tener «manías». «La gente me miraba mal, sobre todo los hombres.» No quería pasar por delante de un bar, porque dice había unos hombres que la miraban, pues «era mujer de mala fama». Unos vecinos de enfrente de su casa la hipnotizaban. Le preocupan en exceso las supuestas habladurías de la gente, quedando con frecuencia absorta en sus ideas. Ha provocado escándalos en la calle por su idea de persecución, peleándose más de una vez con supuestos perseguidores. Algunas veces habla sola. Parece ser hay alucinaciones visuales, que no precisa. «Un día noté un olor muy extraño y calor por todo el cuerpo, y luego una voz que decía: Ya hay bastante, si no, la mataremos.» Actualmente sus ideas delirantes giran alrededor de su cuñada, que cree le tiene envidia porque no es tan guapa como ella y le roba cosas de su casa. Duerme poco. Está muy desnutrida.

Exploración física: Constitución leptosomoatlética (tórax cilíndrico). Motilidad y sensibilidad, normales. Reflejos pupilares con reacción débil a la luz y acomodación. Reflejos tendinosos ligeramente exaltados. Algunas respuestas en extensión en los reflejos cutáneos plantares. Resto de la exploración somática, normal. A rayos X, tórax normal. Presión arterial: 12-5.

Laboratorio: Reacción de Wassermann, M. K. N. II y Kahn en sangre, negativas. Líquido céfalorraquídeo, normal (albúmina, globulinas, Wassermann y benjuí coloidal).

Exploración psíquica (2 - XII - 48): Sintonía de primer contacto en el interrogatorio. Estado de ánimo, más bien alegre, a pesar de referir las desgracias que la han traído al establecimiento. Muy prolija en detalles secundarios a la directriz del pensamiento. Sin embargo, el curso del pensamiento es rápido, hasta remedar una pseudofuga de ideas. Conciencia despejada. Buena orientación auto y alopsíquica. No hay conciencia de enfermedad. Según la paciente, hay, simplemente, «debilidad y exceso de preocupaciones», y entonces empieza a manifestar el contenido de sus ideas delirantes, así: Empezaron por difamarla en la fábrica donde trabajaba, diciendo dos compañeras que había mantenido relaciones sexuales con el dueño y que la habían visto ir de noche a una casita apartada del pueblo en donde se organizaban bacanales y ella era la única mujer y cohabitaba con todos los asistentes. Todas estas calumnias no se las decían en la cara, pero hablaban a pocos pasos de ella y lo entendía perfectamente. Nunca parece haber oído voces estando sola; pero desde su dormitorio ha oído las voces de los transeúntes que comentaban en la calle su conducta de mujer lujuriosa. Se queja de haber sufrido extrañas sensaciones cenestésicas; recuerda muy bien cómo la hipnotizaban los vecinos de enfrente, que ella observaba a través de la persiana. Entonces notaba calor por todo el cuerpo, y a veces pesadez y dolores. Al día siguiente, la gente comentaba que la habían hipnotizado. Los jóvenes se preocupaban mucho de ella. Una vez vió un grupo que hacían chacota con una fotografía suya. No sabe explicar por qué ha sido objeto de tanta atención y comadreo; acaso la envidia de las compañeras de trabajo o de su cuñada. En el establecimiento se muestra de buen talante; se relaciona con las demás enfermas y es dócil, siguiendo las indicaciones de las Hermanas. No ha ampliado el delirio, ni lo relaciona con ninguna situación actual.

Curso: Nota de 14 - I - 49: La enferma se ha adaptado normalmente. Ha desaparecido la verborrea de su ingreso. Aquí se encuentra bien; nadie la molesta con manipulaciones mágicas, dice, ni se habla mal de ella. Desea volver a su pueblo, a pesar de que la hacen sufrir, porque tiene allí buenas amigas. Nota de 29 - V - 49: Constitución lepotsoma atlética. Personalidad prepsicótica esquizoide. Pequeño brote esquizofrénico reactivo a los 27 años. Coincidiendo con el climaterio, se inicia un proceso parafrénico, con alucinaciones auditivas y cenestésicas, delirio eróticoparanoide e insomnio. Diagnóstico: parafrenia de involución. Nota 16 - X - 52: Fallece en estado caquéctico, después de un proceso cerebral rápido, iniciado por excitación confusa, negativismo y parálisis fláccida generalizada a todas las extremidades.

Resumen de la sesión clínica del día 15 de enero de 1949, en la que el doctor P. Folch Matéu *presentó a esta enferma.* Asistentes: doctores O. Torras, Fuster Pomar, Sarró Burbano, Solé Sagarra, Portabella, Caralt, Miret, Grañén, Bofill, doctora Pertejo, Farré, Beà, R. Picem y R. Basols.

Después de escuchada la historia clínica e interrogada la paciente por los doctores Sarró, Solé Sagarra y Fuster, se exponen las opiniones siguientes: Doctor Sarró: Podría pensarse en un delirio sensitivo, pero la ausencia de motivación hace pensar en un proceso de tipo parafrénico, de curso lento pero no inactivo, lo que le da mal pronóstico. Doctor Solé Sagarra: Esquizofrenia paranoide con escasa y atípica sintomatología, pero no mitis, sino progresiva y con tendencia a la agravación, de mal pronóstico; haría tratamiento insulínico. Doctor Portabella: Parafrenia con sintomatología poco exuberante y de pronóstico desfavorable. Doctor Fuster: Episodio psicótico de joven, que se reproduce en el climaterio, con cuadro de interpretaciones delirantes y alucinaciones de difícil diagnóstico, aunque cree se trata de un cuadro parafrénico benigno, en el que promete se hará tratamiento insulínico. Las psicosis climatéricas son realmente un problema de difícil diagnóstico.

Necropsia: Caquexia acentuada. Nada anormal en las aberturas naturales. Al separar la calota, hallándose adherida la duramadre a la misma, se desprende en forma de ojal y aparece una hernia de tipo cefálico, debido a la hipertensión en que se encuentra el liquor. Punteado hemorrágico, que recuerda el exantema sarampionoso, al separar las meninges de la corteza cerebral, especialmente en zonas parietal y temporal. Diagnóstico: hemorragia meníngea. Se conserva el cerebro.

Examen macroscópico del cerebro: Tamaño regular, con circunvoluciones ligeramente atróficas en ambos polos frontales. Hemorragia meníngea en fosa silviana izquierda y en el polo frontal del mismo lado. No hay esclerosis de los vasos cerebrales. A los cortes frontales de todo el cerebro, punteado hemorrágico en el lóbulo frontal izquierdo; en el resto de los cortes, normalidad.

Examen microscópico del cerebro: En las diversas partes exploradas del cerebro se descubren placas seniles abundantes por toda la corteza cerebral, de incipiente desarrollo, junto con lagunas de atrofia celular cortical y células piramidales intensamente atróficas (método de Nissl). Con el método de Bielschowsky se ven lesiones neurofibrilares intracerebrales, que corresponden a lesiones incipientes de Alzhimer.

Diagnóstico anatómico: Fase inicial de enfermedad de Alzheimer. Hemorragia meníngea sobreañadida.

CASO N.º 4.—Juan P. M., casado, natural de Barcelona; 75 años de edad a su ingreso (11 - V - 1953) en el Instituto Mental de la Santa Cruz.

Resumen del certificado médico de ingreso (no consta el doctor que lo firma): «Demencia arterioesclerósica senil, con excitación psicomotriz, debiendo ser internado en un establecimiento frenocomial cerrado.»

Antecedentes familiares (facilitados por su hijo): Padre fallecido a los 40 años, al parecer de una enfermedad venérea. Madre murió a los 50 años, recluída por esquizofrenia en San Baudilio. Ha tenido cinco hijos, tres de los cuales murieron de pequeños.

Antecedentes personales: Se desconocen datos de la infancia. Al parecer, desarrollo somatopsíquico normal. Estudió el Bachillerato con regular aprovechamiento. Aficionado a la bebida, embriagándose a menudo. Sentimental, sintónico, optimista. Irritable, enérgico, valiente. Poco sentido comercial; tiene un negocio con resultados deplorables. Carácter difícil; oposicionista. Conflictos familiares frecuentes. La sintomatología demencial que presenta en la actualidad ha ido apareciendo paulatinamente. Hace más de quince años empezó a no dejar entrar a nadie en su habitación; él mismo se hacía la comida e iba a comprarla. Poco a poco le fueron notando déficit de memoria e intelectivo, desinteresándose de las cuestiones familiares. Dejó de trabajar, sin salir apenas de casa. Incontinencia emotiva; lloraba con suma facilidad.

Ahora no reconoce a sus familiares, a quienes trata de usted. A veces se ensucia encima. No se desnuda por la noche, dando vueltas por la casa; descansa durante el día. A veces se pone delante del espejo y habla a su imagen, queriéndole pegar, sin reconocerse a sí mismo. Cree entran a menudo ladrones en su casa, para matarle. Confunde las monedas, rompe objetos; escasos momentos de tranquilidad.

Curso: Nota de 12 - VI - 53: Confuso y desorientado. No es posible el diálogo correcto con él. Incoherente. Afásico, apráxico, agnósico. Disartria. Ecolalia. Actitud rígida, con hipertonía de flexión. Temblor en dedos y brazos, con mioclonias frecuentes. Reflejos tendinosos exaltados. Plantar cutáneo en flexión. Pupilas miósicas, con débil reacción a la luz. Pulso, 85, regular. Presión arterial, 18-9'5. Humor algo deprimido, con labilidad afectiva. Parafásico. Nota de 25 - VI - 53: Fallece en estado caquéctico.

Datos de laboratorio: Reacción Wassermann y complementarias, negativas. Fórmula hemática y elementos formes de la sangre, normales. Velocidad de sedimentación: 21, a una hora, y 45 a dos horas; índice de Katz, 21'75. Glucemia, 1'02. Colesterinemia, 2. Urea en sangre, 0'50. Reacción de Weltmann, 6. Orina, normal. Liquor, normal (analizado albúmina, globulinas, glucosa y número de células).

Necropsia: Nada anormal externamente y al abrir cráneo. Se explora sólo cerebro.

Examen macroscópico cerebral: Discreta atrofia del lóbulo frontal izquierdo. A los cortes frontales (de Pitres), aumento de la cavidad del ventrículo lateral izquierdo, especialmente hacia el polo occipital. Esclerosis vascular del exágono de Willis.

Examen microscópico del cerebro: Atrofia cortical difusa, más acentuada en las partes anteriores del cerebro. Placas seniles por toda la corteza cerebral, sobre todo en la zona inferior de la sustancia gris. Lesiones intracelulares (método de Bielschowsky) en las células piramidales, que recuerdan las neurofibrolares de Alzheimer.

Diagnóstico anatómico: Enfermedad de Alzheimer.

RESUMEN

Previas unas consideraciones generales sobre el concepto de psicosis orgánicas, con la problemática diferencial entre lo endógeno y lo exógeno, lo funcional y lo orgánico, se estudian las psicosis orgánicas del material histopatológico del Laboratorio Neuropatológico del Instituto Mental de la Santa Cruz, de Barcelona, enumerándose los porcentajes de dichas psicosis en el mismo, haciendo hincapié en el problema anatomoclínico de las demencias orgánicas, especialmente de la enfermedad de Alzheimer, de la cual se reproducen cuatro historias clínicas, con sus correspondientes protocolos necrópsicos, para valorar debidamente las concordancias y discordancias anatomoclínicas en dicha enfermedad.

El autor cree que de prodigarse más en España los exámenes anatomopatológicos de los enfermos frenocomiales, se diagnosticarían más casos de enfermedad de Alzheimer de lo que hasta ahora se ha venido haciendo, que resulta ser en los textos más rara de lo que realmente es. Ello tiene, no sólo importancia científica, sino práctica, puesto que en las psicosis climatéricas que no se diagnostican de enfermedad de Alzheimer, pero que en realidad lo son, huelga por inútil todo tratamiento curativo, sea biológico o psicoterápico.

Dirección: Muntaner, 185, 1.º. Barcelona.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 395 - TOMO LXVII
FEBRERO 1959

LIBROS

AUTORES NACIONALES

LOS GRANDES PROBLEMAS DE LA MEDICINA ACTUAL, *por el profesor* ALFONSO DE LA FUENTE CHAOS. *Un volumen (16'5 por 22'5 cm.) de 114 páginas; rústica. Editorial Científico-Médica, Barcelona-Madrid. 1958.*

El ilustre catedrático de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid, Alfonso de la Fuente Chaos, da un nuevo ejemplo de su portentosa capacidad mediante la publicación de la presente obra, donde aborda cuestiones sociales íntimamente unidas al ejercicio de la Medicina en su aspecto asistencial. Por lo tanto, los temas que trata no son médicos o quirúrgicos en el aspecto doctrinal de estas disciplinas, como pudiera colegirse de su cualidad de profesor, sino exclusivamente políticomédicos o, si se quiere, desarrollando los temas del papel del médico y de la Medicina en el momento societario evolutivo actual.

Tres son los problemas fundamentales que abarca y titula: «Reforma de la enseñanza de la Medicina», «Plétora profesional» y «Socialización de la Medicina», que al exponerlos da la impresión de que amalgama los dos primeros y trata aparte el tercero.

El autor no se recata en decir lo que siente valientemente, y si lo cree menester, tampoco su brillante prosa la lima de la frase dura y acre; mas jamás se limita a realizar una crítica negativa, sino positiva o constructora, aportando soluciones tras atacar. Las cuestiones que enfoca las ha meditado y sopesado profundamente, haciendo gala de sentencias filosóficas —propias y ajenas—, valorando estadísticas donde los números se conjugan por decenas de mil o millones, sobre las que hace incidir las mágicas consecuencias de las matemáticas superiores.

Es libro de combate y ha de meter mucho ruido; al público que interesará será al médico y al núcleo de los estadistas. A través de su lectura parece reflejarse el perfil futuro del desenvolvimiento social de la Medicina en nuestra Patria, a juzgar por hechos plasmados ya en la práctica. Nos da la impresión, el profesor De la Fuente Chaos, de pretender iluminar al estadista marcándole un camino; mas con frecuencia, paradójicamente, salta la realidad de que el rayo modelador sale de sus propias manos.

Es obra la presente que por sí sola puede crear renombre; quien la redacta *a fortiori* tiene que aunar el talento con la inquietud de los problemas sociales. Quien no conozca al ilustre profesor y su trayectoria universitaria y extrauniversitaria, estará conforme, al leer el presente libro, en que se juntan en su recia personalidad el genio, el saber enciclopédico y la ansiedad por laborar con todas sus energías en pro del desenvolvimiento patrio.

Lo que tampoco ofrece dudas es que muchos de sus postulados no se aceptarán por una inmensa mayoría y se discutirán total o parcialmente sus tesis múltiples, sus consecuencias y sus raíces básicas para el enfoque de muchos de sus temas. A veces nos creamos un problema que no existía ni había razones para justificarse, y al hacer entrar en juego los soluciones, invocamos nuevas incógnitas que, a su vez, plantean complejos mecanismos para desarrollarlas y nos enredamos con nuestra propia maraña. Estamos convencidos que cada época tuvo sus problemas y cualquier tiempo pasado no fué mejor que el presente.

Quizá, por el momento, es preferible, para los que tenemos por misión dar un juicio sobre una obra, no pormenorizar y sí abarcar desde un punto de vista de general su contenido. En la presente nos atrevemos a calificarla con uno de los mayores elogios que cabe hacer: No hay página del distinguido profesor, en esta obra, donde el médico, tras su lectura, permanezca indiferente; no dudamos que siempre le estimulará, cuando no le convulsione.—LUIS DEL CAMPO.

PENSARES Y PENSADORES, por JOAQUÍN IRIARTE, J. S. *Un vol. (20 por 14 cm.) de XIV + 410 páginas; rústica. Precio, 75 pesetas. Editorial Razón y Fe. Ediciones FAX. Zurbano, 80, Madrid. 1958.*

Si el autor, padre jesuíta Iriarte, es de sobra conocido en los ámbitos culturales españoles, por su extraordinaria labor publicista y docente a través de cinco lustros; la obra que hoy ve la luz, debida a su magistral pluma, es de las que bastan para con-

sagrar a un intelectual y aun darle el remoquete de sabio, por lo que perdurará durante muchas décadas y será citada como modelo de crítica filosófica.

Una serie de personalidades sobresalientes por su mentalidad y aportaciones al difícil campo de las ideas, desfilan a través de las densas páginas de su obra titulada «Pensares y pensadores». Todos ellos abrieron surcos profundos en el pensamiento universal y a todos ellos dedica el padre Iriarte nutrida prosa para biografiarles en su aspecto humano y en el de sus publicaciones.

Se trata de un libro de la más pura ortodoxia, estrictamente católico, apostólico, romano, donde el autor se ha complacido en enjuiciar, con bondad y humanidad, a una serie de personajes insignes caracterizados, en su mayor parte, por su no catolicismo, cuando no ateísmo. Recordemos a vuelapluma los trabajos que dedica a Unamuno, Ortega, Santayana, Cajal, Sartre, Toymbee, Herdegger, Bergson, Rusell... y tantos otros, junto a los cuales nos encontramos los consagrados Menéndez Pelayo, Benavente, Papini, sin que falten los extensos sobre San Agustín, Santo Tomás de Aquino, San Ignacio de Loyola...

Todos los capítulos primeramente atraen con la curiosidad que despierta el enfoque de pensares de pensadores por quien no piensa con su credo; luego apasionan y siempre aleccionan. Es libro que si no fuera tan extenso se leería de un tirón; mas cuando el tiempo o el cansancio impelen a cerrarlo, el lector lo hace con el firme propósito de establecer un corto paréntesis para pronto y sin demora continuarlo, sin perder el excelente sabor que le dejó, en ansias de volverse a deleitar con la ágil prosa, riqueza de colorido, claridad y profundidad en las ideas que el padre Iriarte maneja en forma insuperable.

Se trata de un libro que pudiera definirse diciendo: obra de un pensador que repiensa lo que pensadores eximios dijeron y pensaron. Su lectura hace sentir y resentir, haciendo vibrar cuerdas profundas del intelecto, capaces de iluminar recovecos del espíritu y vislumbrar horizontes preñados de sabiduría. Es de admirar en el maestro padre Iriarte el que jamás adopte tonos mordaces o hirientes; por el contrario, sus enjuiciamientos son humanos, comprensivos, señalando los errores sin estridencia, con mesura, sabiendo amalgamar las ideas y el vivir de los pensadores que biografía, tanto en su vertiente anímica como en su proyección terrena corporal.

Si en toda obra hay partes peores y mejores, en la presente es difícil encontrar fallas, mostrándose el autor en posesión de un saber filosófico enciclopédico, por no decir exhaustivo, lo mismo en lo novísimo que en lo vetusto. Son de admirar sus citas sobre pensadores no católicos que enjuician la ingente figura de San Ignacio de Loyola, lo mismo que su personal enfoque sobre San Agustín al definirlo como «presente en el pensar moderno». Con todo, su último y mejor capítulo está por redactarlo, y nos gustaría leer el de la propia filosofía del autor, pues quien tanto profundiza respecto a los que pensaron a través de todos los tiempos y tantos años lleva dedicado a la enseñanza, tiene que tener sus propios «pensares».

La Editorial Razón y Fe, como siempre, realiza una impresión sin tacha, haciéndose merecedora de nuestro más cálido elogio al enriquecer el bagaje cultural español con obras de categoría tan extraordinaria como la presente, auténtica joya que enmarca en su biblioteca de Filosofía y Pedagogía. — LUIS DEL CAMPO.

PATOLOGÍA GENERAL. Tomo I. *Por el profesor* A. FERNÁNDEZ CRUZ. *Un vol. (18 por 25 cm.) de 767 páginas, con 215 figuras; encuadernación en tela. Editorial Científico-Médica, Barcelona-Madrid, 1959.*

DESDE hace bastantes años se notaba la falta en España de un libro de Patología General que viniera a llenar esa necesidad del alumno de las Facultades de Medicina, y también del médico, que veían dificultada su formación en esa parte tan fundamental de la Medicina como es la Patología General, por la falta de un texto adecuado.

En efecto, la clásica obra de Nóvoa Santos, cuya profundidad y perfección le ha permitido continuar siendo un manual utilizable durante muchos años después de haber sido escrita, quedaba ya por detrás de los actuales conocimientos y adelantos de la ciencia médica, que exigía una Patología General moderna que acoplase y diese vida, junto con las concepciones clásicas, a las adquisiciones más recientes.

Difícil empresa ésta de escribir una Patología General, que solamente puede ser intentada por un maestro con la personalidad del profesor Fernández Cruz, que se decide a ello después de un largo período de magisterio en la cátedra.

Es esta experiencia docente, respaldada por la gran labor investigadora del profesor Fernández Cruz, la que nos garantiza la bondad de esta obra, cuya primera parte acaba de ser publicada y cuya continuación, esperada ya con impaicencia, se anuncia para dentro de pocos meses.

En los primeros capítulos revisa los conceptos de enfermedad, hombre enfermo, patología general, etc., conceptos básicos que sirven de introducción y que son estudiados con gran profusión de citas.

El estudio de la causalidad, el de la herencia y constitución, son partes fundamentales de este tomo, en las que destaca la interpretación personal del autor, que aclara y pone al día estas cuestiones.

Los capítulos dedicados al estudio de las reacciones generales del organismo ante los distintos motivos de enfermedad son de gran interés para el médico, pues constituyen una visión a la luz de los actuales conocimientos, de problemas tan clásicos en Medicina como la inflamación, la inmunidad, la alergia, las degeneraciones, los tumores, etc.

La parte final del libro, que recoge los capítulos sobre catabiosis, cansancio e involución, nos presenta, con un enfoque personal, una serie de conceptos de gran actualidad, que engloban el complejo e interesante problema de la involución, que ha dado origen a una especialidad reciente: la Geriatría.

A grandes rasgos hemos pretendido recoger el contenido de la obra, aunque sin conseguirlo. Creemos que es necesario leer por completo este libro, que no se limita a ser un texto para el alumno. Casi nos atreveríamos a decir que ha sido pensado más con vistas al médico que al estudiante.

Y al decir esto, nos referimos a que, si bien el estudiante encontrará en él un texto claro y útil para la preparación de la asignatura de Patología General, será, después de terminar su carrera, conociendo ya la Patología Médica, cuando una lectura de este libro le será nuevamente útil para encauzar y sistematizar su saber.

Debemos felicitar a la Editorial Científico-Médica por presentar este libro magnífico, que estamos seguros ha constituído ya un éxito editorial, como no lo dudamos lo será la parte aun no publicada. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

DORSALGIAS INTERESCAPULARES, *por el doctor* V. BOSCH OLIVES. *Volumen 220 de la Colección Española de Monografías Médicas. Un vol. (2'05 cm.) de 157 páginas, con 4 figuras; rústica. Precio, 50 pesetas. Queromón Ed., Calabria, 66, Barcelona. 1958.*

CONTINUANDO sus estudios sobre los síndromes vertebrales de componente álgico, nos ofrece el autor de esta monografía una prueba más de su laboriosidad y de su experiencia. No en vano pertenece a una escuela de prestigio, en la que se trabaja de firme. Aludimos a la Escuela de Cirugía Ortopédica y Traumatología que dirige el ilustre profesor Vilardell.

Ahora les ha tocado el turno a los síndromes álgicos de la región dorsal. Y concretamente a los menos estudiados, a las dorsalgias benignas. A esos síndromes cuya pobreza de signos clínicos y radiográficos aflige a los especialistas tantas veces al buscar su diagnóstico. Que no afectan gravemente al enfermo, cierto, pero que le molestan y perjudican en su capacidad laboral. Por tanto, merecedores de estudio y atención. Y muy estimables y de agradecer cuantos esfuerzos se hagan por aclararlos y buscarles remedio.

El estudio es de concepción clínica clásica y apoyado en una serie de casos bien revisados y observados. Algunas radiografías seleccionadas ilustran el texto.

Como notas prácticas de diagnóstico y terapéutica, que complementan el volumen, hay una sobre «Coccigodinia», del doctor A. Jornet, también de la escuela del profesor Vilardell, y otra del doctor O. F. Jillson, sobre «Diagnóstico y tratamiento de las dermatosis mal diagnosticadas».—SERAL.

INVESTIGACIONES HISTÓRICO-CRÍTICAS ACERCA DE LA DINASTÍA PIRENAICA, *por el doctor* LUIS DEL CAMPO. *Un volumen (12'5 por 19 cm.) de 304 páginas, con incrustaciones; rústica. Precio: 70 pesetas. Impreso en «La acción social». Pamplona, 1958.*

CON este título, el doctor del Campo, cuya colaboración honra esta revista, ha publicado, reuniéndolos en este volumen, diez trabajos sobre asuntos referentes a la primera de las dinastías navarras, la conocida con el nombre de *pirenaica*. Trabajos de un gran interés, tanto por los personajes a que se refiere como por las costumbres y la vida de esta remota época, estupendamente reflejada en esas páginas.

Toda la historia española de la edad media está constituída por la de varios Estados independientes, lo cual ha hecho difícil su conocimiento; pero ocurre, además, que en muchas obras notables de Historia, con reiterada persistencia, la relación de sucesos de los Reinos de Navarra y Catalano-aragonés está muy superficialmente referida, quedando relegados a un lugar secundario en la gesta de la Reconquista.

Luis del Campo, que es un espíritu curioso, atento, gran observador y paciente estudioso, siendo muy aficionado a escudriñar en el pasado, ha comprendido plenamente, cómo en la complejidad y desbordamiento de la Historia puede haber siempre una lección fecunda. En ella todo se enlaza, se entrecruza y se mezcla: política, economía, arte, instituciones, medicina, cultura, empresas bélicas, leyenda, etc., y de ahí surje conjuntamente la plena visión de un pueblo.

Si nada humano debe ser ajeno a los ojos del historiador —y mucho menos si éste es buen observador, como suelen serlo los médicos—, se comprende fácilmente que del

más trivial contenido se desprenda una manifestación filosófica y se logre en seguida ese triple entronque: médico, histórico y filosófico, que da trascendencia a lo tratado, añadiéndole, al expresarlo, la singularidad propia del artista.

Los diez apartados que se presentan en esta obra tienen unas características distintas y un denominador común, su apego a Navarra y su amor a las costumbres y tradiciones de su pueblo.

En los cinco primeros, perfila los rasgos sobresalientes de algunos miembros de la Casa reinante en Navarra: *Fortún*, hijo de García Iñiquez, que terminó sus días como monje en el Monasterio de Leyre; *Sancho Garcés*, connominado El Cesón, por haber nacido por cesárea de la Reina Urraca; *García el Temblador* o el *Tembloroso*, conocido por su especial estremecimiento antes de entrar en batalla; *Sancho el Mayor*, a quien justifica del testamento disgregador dividiendo su reino entre sus hijos; las semblanzas de *Margarita, Berenguela* y *Blanca*, reinas consortes de Sicilia e Inglaterra y Condesa regente de Champaña, Blois y Chartres, la última; postreros representantes femeninos de la dinastía pirenaica.

En los otros cinco, se extiende con delectación sobre usos y costumbres de la época: *Los juicios de Dios y el delito de lesiones;* las cuestiones relativas al *matrimonio* y *al instinto sexual;* un interesantísimo boceto sobre la *Medicina medieval*, su desarrollo y evolución en Navarra; otro, con curiosas aportaciones y comentarios a las *Leyes marítimas consignadas en el Fuero de San Sebastián*, primeras leyes españolas sobre derecho marítimo, otorgadas por la dinastía navarra; y, finalmente, unas consideraciones sobre el *Ceremonial en la Coronación de los Reyes de Navarra*, donde se consignan las fórmulas y actos del juramento de los primitivos monarcas pirenaicos.

Nosotros creemos sinceramente que este libro, que el autor presenta con excesiva modestia y que supone un trabajo de búsqueda de datos y de preparación considerable, será para muchos una revelación de su valía científica y literaria, y que merece el aplauso y la continuidad.—RICARDO HORNO LIRIA.

GEOGRAFÍA MÉDICA DEL TÉRMINO MUNICIPAL DE ROSARIO (SANTA CRUZ DE TENERIFE), *por* E. GARCÍA RAMOS y A. MIGUÉLEZ. *Un folleto (15'5 por 22 cm.) de 30 páginas; rústica. Publicación n.º 15 del Instituto de Fisiología y Patología de Tenerife. Santa Cruz de Tenerife, 1958.*

EL presente folleto, galardonado con el premio de la Real Academia de Medicina de la región, recoge un estudio de la geografía médica en uno de los términos municipales canarios, completando el texto con varias fotografías muy expresivas. Creemos que la obra es de interés, aunque puramente local. G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

AUTORES EXTRANJEROS

LE NOUVEAU-NÉ (THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE, PREVENTION ET SOINS), *por los doctores* MARCEL LELONG, FRANÇOIS LEPAGE y ALFRED ROSSIER. *Un vol. (15'5 por 24'5 cm.) de 240 páginas, con figuras; rústica. Precio: 2.500 francos. Gaston Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeón, París, VI. 1958.*

LA disminución global de la mortalidad infantil ha puesto de relieve, por contraste, la resistencia relativa de las cifras de mortalidad en los primeros días del nacimiento, hasta el punto que solamente la mortalidad habida en el primer mes de vida representa más de la mitad del total de defunciones acaecidas durante el primer año.

Ante estos hechos, surge inevitable la pregunta de ¿por qué la mortalidad neonatal no ha obedecido a los esfuerzos que tan admirablemente han triunfado contra la mortalidad posterior al primer mes? La respuesta inmediata es, que las causas que la determinan no son las mismas y, por consiguiente, los medios a poner en práctica para combatirla habrán de ser diferentes y apropiados al cometido especial para alcanzarla.

Las dificultades radican en gran parte en la complejidad de los factores que intervienen: sociales, económicos, psicológicos, etc., todos de gran importancia y que reclaman un inmenso esfuerzo coordinado: política de asistencia familiar, lucha contra el alcoholismo, contra la extensión del trabajo de la madre fuera del hogar; ayuda social a la madre abandonada, viviendas higiénicas y de fácil adquisición, propaganda eficaz en favor de la lactancia materna, educación sanitaria de las madres, organización asistencial sanitaria eficiente en la nación, que permita a la

vez la investigación precoz de las enfermedades, el fácil y rápido acceso a los hospitales y maternidades, y una mejor organización de los cuidados urgentes a los prematuros y débiles.

Pero, además, la calidad del acto médico (diagnóstico rápido y exacto) y de los cuidados médicos correctos adquieren en este momento una significación más decisiva que en cualquier otro período de la vida humana. A su vez, los cuidados y asistencia médica son de una complejidad extremada, ya que los factores antenatales se imbrican y mezclan con los natales y postnatales, y tanto las técnicas de examen como las normas a realizar, reclaman una especialización cada día más completa y capacitada.

En este libro, estupendamente escrito, el doctor Lepage estudia en detalle el riesgo traumático del nacimiento, tanto en el curso del parto normal como en las distocias más características. Vienen a continuación los capítulos propiamente médicos, la anoxia fetoneonatal, estudiada por M. Lelong; la muerte aparente del recién nacido, y las prácticas de reanimación, de las que se ocupa con toda competencia el doctor A. Rossier; las hemorragias del recién nacido, tratadas por el doctor Alagille; la enfermedad hemolítica por incompatibilidad sanguínea fetomaterna; la lactancia materna y sus dificultades; la lactancia artificial, expuesta por M. Lelong; las infecciones del recién nacido y su profilaxia, capítulo bien expuesto por Fr. Alison, etc. En todas estas partes del libro, de una manera escueta pero completa, se hace por igual la descripción de los cuidados preventivos y de los curativos. Como final va un capítulo muy detallado, debido al doctor Rossier, dedicado a los cuidados especiales que es preciso dedicar a los prematuros.

Es un libro que ha sido proyectado y realizado para el médico general en funciones de puericultor, y que le proporcionará útiles servicios. También el especialista encontrará en él una excelente puesta al día sobre este asunto, de tanta trascendencia, llevada a cabo de forma muy acertada por un equipo médico de los más calificados en la materia: el de la Clínica de Puericultura del Hospital San Vicente de Paúl y del Centro de Prematuros de la Escuela de Puericultura de París.—RICARDO HORNO LIRIA.

PRACTICAL MICROSCOPY, *por* B. K. JOHNSON y L. C. MARTIN. *3.ª edición. Un volumen (12'5 por 19 cm.) de 138 páginas, con 91 figuras; encuadernación en tela. Editor, Blackie and Son. Londres, 1958.*

SE trata de un pequeño manual en el que los autores exponen con gran claridad principios fundamentales y datos técnicos útiles de la microscopía. En los diversos capítulos de la obra se estudian por separado las distintas partes del microscopio ordinario, los métodos de iluminación, así como técnicas para la preparación de muestras, tanto para la Biología como para distintas ramas de la técnica industrial.

En otros capítulos se exponen datos útiles sobre la microfotografía, así como sobre los microscopios binoculares y ciertos tipos especiales de microscopios, como aquellos que emplean la luz polarizada o la ultravioleta. También se exponen los principios del microscopio electrónico, sin abusar de su descripción, por considerarlo fuera del alcance de la mayor parte de los investigadores.

Un capítulo se dedica a la interpretación de la imagen obtenida, señalando las posibles fuentes de error y la manera de comprobarlas y corregirlas.

En un apéndice final se expone, ordenada y sucintamente, pero con gran claridad práctica, la técnica general a seguir en la microfotografía, unido a una tabla con datos interesantes desde este punto de vista sobre las distintas fuentes luminosas.

La presentación del libro es francamente buena, y el texto se completa con unas buenas fotografías y diagramas. De la utilidad del mismo, basta decir que desde el año 1931 ésta es la tercera edición, existiendo numerosas reimpresiones de las mismas.—PEG JUARRERO.

L'HIPOPHISECTOMIE DANS LE TRAITEMENT DU CANCER, *por* JACQUES LE BEAU. *Un volumen de 126 páginas; rústica. Gastón Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeón, París, VI. 1958.*

EL autor, neurocirujano de los Hospitales de París, presenta en esta monografía su experiencia sobre los resultados de la hipofisectomía en el tratamiento del cáncer.

Desde el punto de vista fisiopatológico, parece ser el cáncer de mama la mejor indicación para la intervención, pues parece fuera de duda la influencia hormonal en su aparición y crecimiento. La hormona hipofisaria prolactina, por intermedio de los estrógenos, favorecería decididamente la aparición y crecimiento de la neoplasia, y partiendo de esta hipótesis, sería la hipofisectomía la terapéutica más racional.

Los peligros y la gravedad de la intervención limitan, naturalmente, sus indicaciones, y en la casuística del autor predominan los casos perdidos en los que ha fracasado ya la extirpación del tumor, la radioterapia y los tratamientos hormonales.

Aun así, la impresión del autor es optimista. Naturalmente, considera contraindicaciones los casos con metástasis múltiples en

pulmones, hígado o cerebro o con mal estado general. En quince casos operados en estas condiciones, los resultados fueron francamente malos.

En los casos en que solamente existían metástasis ganglionares óseas o incluso metástasis pulmonar o cerebral única, los resultados son buenos, observándose una regresión y estabilización del tumor primario y de las metástasis, con mejoría del estado general y desaparición de los dolores, en una estadística de ocho casos.

El autor ha operado también nueve casos de cáncer avanzado de otras localizaciones: útero, próstata, ovario, tiroides, etc., con resultados desalentadores.

Desde el punto de vista técnico, discute la utilidad de la hipofisectomía total o de la simple sección del tallo hipofisario, señalando también los cuidados pre y postoperatorios que requieren estos enfermos.

Como balance de su trabajo, considera que la hipofisectomía debe practicarse con más frecuencia, seleccionando más los enfermos, para evitar que los malos resultados desacrediten un método que promete ser eficaz.

Solamente debe indicarse la operación en los casos de cáncer de mama en los que la extensión de la neoplasia o la existencia de metástasis imposibiliten la resección total del tumor, quedando excluídos, pues, los casos operables por el cirujano general, así como aquellos con mal estado general o con abundante existencia de metástasis, como ya hemos señalado antes.

El trabajo, muy interesante por lo que supone de aportación a una terapéutica todavía en sus comienzos, está claramente expuesto, como ya es norma en los autores franceses, y muy bien editado.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

EL PELIGRO PSÍQUICO, *por el doctor* M. VERDÚN, *prologado por el profesor* LÓPEZ IBOR. *Volumen 14 de la Colección «Psicología, Medicina, Pastoral». Un vol. (20 por 14 cm.), de 392 páginas, con 9 figuras y 58 fotografías; rústica. Precio, 90 pesetas. Editorial Razón y Fe, S. A., Ediciones FAX. Zurbano, 80, Madrid. 1958.*

La interesante colección que sobre «Psicología, Medicina, Pastoral» publica la Editorial Razón y Fe enriquece hoy su catálogo con la obra XIV, debida a la ágil pluma del doctor francés M. Verdún, titulada «El peligro psíquico». La tesis fundamental del autor radica en precisarnos los peligros que entrañan para la colectividad ciertos desequilibrados mentales y sus temibles consecuencias al desenvolverse en sus distintos medios: familiar, conyugal, cultural, económico, político, religioso, etc.

El plan del doctor Verdún al desarrollar la sistemática de su libro es partir de las clasificaciones biotipológicas, especialmente la de Kretschmer, para perfilar las estructuras mentales de los sujetos portadores de los rasgos somáticos que las definen y características que son capaces de imprimir al medio ambiental donde desarrollan sus actividades. Con galanura y fluidez en el estilo, va reflejando los peligros potenciales y reales que entrañan estas personalidades, mentalmente anormales, catalogándolas en grupos distintos clasificados por el autor, por su forma de ser predominante, en «excitados y deprimidos con humor expansivo y sociabilidad incontenible», «apasionados violentos y sentimentales de humor impulsivo y tenaz», «impresionables e indiferentes con humor reconcentrado y sociabilidad difícil», «infatuados e insatisfechos de juicio práctico invenciblemente erróneo», «obsesivos ansiosos, voluptuosos o gruñones, de humor hiperemotivo, interiormente desgarrado».

Para aclarar sus conceptos ilustra su libro con numerosos ejemplos históricos sacados especialmente de personajes de la Revolución francesa, cuyas fotografías detalla y discrimina. Sienta con frecuencia afirmaciones que no pueden compartirse, o por lo menos sujetas a crítica y revisión, así como también muchas de sus aseveraciones, fundamentalmente cuando describe ciertas correlaciones entre volumen craneano y personalidad, no confirmados por la psiquiatría moderna, cuando no tesis rechazadas, dando la impresión el doctor Verdún de pretender reavivar pasadas teorías lombrosianas.

La excepcional documentación que maneja el autor, su facilidad expositiva y clara dicción, hacen la obra meritoria; mas por encima de todo lo consignado, merece las mayores loas las miras y finalidad del doctor Verdún, tendentes al saneamiento de la sociedad de estos peligros psíquicos. Para ello aboga a soluciones, no mediante la utilización de recursos que extirpen violentamente a los alienados, sino mediante la mejor comprensión, orientación y búsqueda de los mismos, utilizando permanentemente los cauces morales, humanos y religiosos de amor al prójimo, compensando sus taras, otorgándoles trabajos adecuados, frenando sus actividades, incapacitándolos, restringiendo su «modus operandi», tantas veces causante de ruinas y hecatombes. Son, a este respecto, especialmente aleccionadores sus últimos capítulos, donde aborda los temas de esterilización, eutanasia, etc., donde condena aquellas medidas radicales llevadas a la práctica no hace muchos años, con el escalofriante recuerdo de hornos crematorios, campos de concentración, etcétera, propugnando y explayando sobre las sabias doctrinas sustentadas por la Santa Iglesia Católica.

La Editorial Razón y Fe hace, como siempre, una edición pulcra, siendo merecedora del aplauso sincero, por la selectividad de tan interesantes temas, de tan palpitante actualidad y que requieren aplicaciones y soluciones urgentes.—LUIS DEL CAMPO.

LA HEMATOLOGÍA ITALIANA DESDE EL SIGLO XVII AL XX. «*Scientia Medica Italica*», *vol. VII, núm. 1, págs. 1-236, julio-septiembre de 1958. Roma.*

Este fascículo de *Scientia Medica Italica*, publicado con ocasión del «VII Congreso de la Sociedad Internacional de Hematología» y de la «Sociedad Internacional de Transfusión de Sangre», celebrado en Roma durante los días 3 al 13 de septiembre pasado, está totalmente dedicado a la memoria de aquellas figuras italianas, ya desaparecidas, que contribuyeron ampliamente al progreso de la hematología con investigaciones científicas de importancia fundamental, dejando un nombre y una huella imborrable en la historia de la evolución de las disciplinas hematológicas.

Entre las figuras evocadas, de las que se hace un recuerdo de su vida y de sus obras más destacadas, encabezadas por *Marcello Malpighi*, que en 1662 observó y describió los glóbulos rojos de la sangre en términos inequívocos, figuran, por orden alfabético, los siguientes:

Guido Banti, una de las figuras más eminentes por la riqueza y la originalidad de sus estudios hematológicos y, sobre todo, por la genialidad de la concepción de la esplenomegalia primitiva.

Giulio Bizzozero, al cual se debe el descubrimiento de los megacariocitos, el de las relaciones entre plaquetas, trombosis y coagulación, y las importantes contribuciones al descubrimiento de la actividad hemopoyética de la medula ósea.

Ugo Caparini, que fué el primero en realizar el diagnóstico de leucemia de los pollos, basándose en la observación de material hepático.

Adolfo Ferrata, con su riquísima producción científica en el campo de la morfología normal y patológica de la sangre.

Carlo Gamna, con diversas contribuciones hematológicas y particularmente con el estudio de la esplenomegalia con focos siderótico hemorrágicoesclerótico.

Giovanni Ghedini, pionero de la biopsia de la medula ósea.

Camillo Golgi, hombre de ciencia genial, que describió el aparato reticular, puesto en evidencia en todas las células de la sangre y de los órganos hemopoyéticos y que actualmente, observado con el microscopio electrónico, va adquiriendo enorme importancia biológica.

Leone Lattes, pionero en el campo de la inmunohematología, de la transfusión de sangre y, particularmente, de los grupos y subgrupos sanguíneos y de la individualidad de la sangre.

Domenico Majocchi, conocido mundialmente por la forma morbosa descrita con el nombre de «púrpura annularis telangiectodes» o «púrpura de Majocchi».

Ettore Marchiafava, el gran anatomopatólogo y clínico al cual se debe el descubrimiento de la «anemia hemolítica con hemosiderinuria perpetua» o «enfermedad de Marchiafava-Micheli», que tanto interés suscita hoy desde el punto de vista morfológico (observaciones de microscopía electrónica) y desde el patogénico (Thrombin Test, sistema properdínico, etc.).

Ferdinando Micheli, figura eminente de clínico y hematólogo, que contribuyó ampliamente al conocimiento de la «enfermedad de Marchiafava-Micheli» y de la «enfermedad de Rietti-Greppi-Micheli», y que fué el primero en aplicar la esplenectomía en la anemia hemolítica.

Carlo Moreschi, genial investigador en el campo de la inmunología.

Fernando Rietti, que fué el primero en individualizar la ictericia hemolítica con resistencia globulares aumentadas, señalada después como «enfermedad de Rietti-Greppi-Micheli».

Y *Luigi Sabbattani*, el gran farmacólogo, al cual se deben investigaciones fundamentales sobre la coagulación de la sangre.

De todos ellos se reproduce el retrato, ilustraciones de sus obras y detalles biográficos interesantes, que hacen de esta monografía un importante documento, a la vez que señalan la magnífica aportación con que la ciencia italiana contribuyó al auge extraordinario de esta nueva rama de la Medicina. RICARDO HORNO LIRIA.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 395 - TOMO LXVII
FEBRERO 1959

REVISTAS

NACIONALES

MEDICINA

MARAÑÓN, G., y ÁLVAREZ CASCOS, M. (Madrid). — «LA "ACANTHOSIS NIGRICANS" JUVENIL BENIGNA. SU RELACIÓN CON LAS DEFORMACIONES CONGÉNITAS.» «*Gaceta Médica Española*», *núm. 1, págs. 20-23, enero 1959. Madrid.*

SE describen tres casos de *acanthosis nigricans* juveniles: uno, combinado con diabetes insípida, infantilismo aranodactílico y copiosos nevi; otro, con paraplejía espástica familiar, y el tercero, con una embriopatía múltiple en la que destacan la macrosomía con hígado cirrótico y graso, la enfermedad marmórea del esqueleto, la persistencia del conducto arterioso y diversas malformaciones oculares.

En los tres casos, por lo tanto, la *acanthosis nigricans* coincide con otras malformaciones congénitas.

La *acanthosis nigricans* parece, pues, comportarse como una malformación congénita más, la cual, como todas, puede combinarse con otras malformaciones, dando lugar a los infinitos cuadros clínicos de las *embriopatías múltiples.*—AUTORRESUMEN.

CARRERAS PICÁ, J.; MARTÍNEZ MATURANA, L.—«SENCILLA PRUEBA DE LA FUNCIÓN RENAL MEDIANTE LA ADMINISTRACIÓN DE ACETAZOLAMIDA.» «*Revista Clínica Española*», *71, 2. Madrid, 1958.*

LA acetazolamida, al inhibir la carbónico-anhidrasa, bloquea en el túbulo distal la transferencia de hidrogeniones al fosfato y bicarbonato, con lo que deja de reabsorberse sodio y aumenta su eliminación, con lo que arrastra el agua, elevándose la diuresis.

Los autores proponen una sencilla prueba funcional, basados en que esta respuesta diurética depende lógicamente de la cuantía del parénquima renal funcionante. Consiste en la administración de acetazolamida (250 miligramos, en ayunas), controlando la diuresis, la densidad y el pH urinario, antes, a la hora y dos horas después del comienzo de la prueba.

En los casos normales se aprecia un aumento de la diuresis, con disminución de la densidad y aumento del pH, que se hace alcalino.

En las nefropatías de evolución nefrótica disminuye la diuresis, con aumento de la densidad.

En los casos de nefritis crónica estudiados, la respuesta diurética es muy pequeña o nula, como lógicamente era de esperar.

En los enfermos de cirrosis hepática, se obtienen las mayores diuresis, con un tipo de respuesta análogo al sujeto normal, pero mucho más intenso. Sería indicio de que el riñón de estos enfermos funciona normalmente y el origen de la oliguria es extrarrenal.

A pesar de que todavía son pocos los casos estudiados, creen los autores que la prueba puede ser útil para determinar la capacidad funcional renal, presentando la ventaja de su sencillez, que la hace asequible al medio práctico.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

CHABÁS, J. (Barcelona).—«FIEBRE REUMÁTICA. SUS IMPRESIONES. SU PASE A LA CARDIOLOGÍA. NUEVO CONCEPTO Y TRATAMIENTO.» «*Revista Argentina de Reumatismo*», *núm. 278, octubre 1958.*

EL autor juzga el tema con su ya de años expuesto criterio etiopatogénico de lo que sin rigor nosológico se llama *reuma*, que estima es una discrasia originada por una de tantas modalidades de dishepatía que amengua su antitoxia y consecutiva dismetabolia, que aboca a la disoxia y acidosis, cuya alteración bioquímica se pronuncia con predilección en las articulaciones.

Explica el triste panorama, que ya describió otras veces, que ofrece la reumatología de imprecisiones, contradicciones, asincretismos, anfibologías, de la literatura de esa falsa entidad morbosa, sin rigor nosológico, siendo ejemplo de ello la tal fiebre.

El autor critica las propuestas etiologías como la estreptocócica, ácido úrico, etc.; el empirismo de la desorientada terapia por el ideal bioquímico, que debe primar siempre, y hoy tiene la confirmación de su lógica y beneficios derivados de la patogenia antedicha y en un recurso terápico que triunfa en ésa y otras manifestaciones morbosas hemáticas, neurológicas, discrasias, etc., con éxitos publicados por el autor; la hipodermia de oxígeno, que ya al comenzar la inyección surge el alivio o cesa el dolor, o con otra más, y la tumefacción, inflamación, etc., efectos que en ésa y otras enfermedades, y por otras vías, tiene la oxígenoterapia, que ampliamente describe en su obra con ese título y en otros trabajos.

Conducta imitable: La bibliografía de ese trabajo consta de cuarenta y dos títulos, cuya mitad es de escritos en español.—J. RIVERA

JIMÉNEZ DÍAZ, C.; LINAZASARO, J. M., y MERCHANTE, A. — «ESTUDIO ULTERIOR DEL PAPEL DEL RIÑÓN EN LA REGULACIÓN DE LA SED.» «*Revista Clínica Española*», *71, 2, 83. Madrid, 1958.*

SUPONEN los autores que existiría en el riñón una sustancia reguladora de la sed, que aumentaría la ingestión de agua para facilitar el trabajo eliminador renal.

En una serie de ratas nefrectomizadas, la sed disminuye, debido a la carencia de este factor regulador renal.

A estos animales nefrectomizados, la administración de un extracto renal aumenta la sed, comprobándose que la ingestión de agua de los animales tratados vuelve a la normal.

Con el fin de conocer la sustancia contenida en los extractos renales responsable de esta acción reguladora de la sed, inyectan renina a estos animales, comprobando que no ejerce ninguna acción aumentadora de la ingestión de agua, por lo que deducen que no sería ésta la sustancia responsable contenida en los extractos renales.

Son necesarios posteriores estudios para aclarar este punto, de indudable interés. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

CASTRO, M.; JIMÉNEZ DÍAZ, C.; MERCHANTE, A., y ORTEGA, R.—«EFECTOS DE UN EXTRACTO RENAL (S. A. R.) SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LA NEFRITIS EXPERIMENTAL.» «*Revista Clínica Española*», *71, 3, 146. Madrid, 1958.*

EN una serie de seis perros, a los que se produce una nefritis experimental del tipo Masugi, mediante inyección de suero de conejo inmunizado con tejido renal de perro (G. N. T.), estudian los autores el efecto que ejerce un extracto de tejido renal, comprobando un aumento de la diuresis y disminución de la albuminuria.

La casuística es pequeña para poder deducir resultados definitivos; pero sí permite emitir la hiptóesis de que en el extracto renal habría una sustancia que intervendría en la actividad enzimática del epitelio glomerular, disminuyendo su permeabilidad para la albúmina.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

JIMÉNEZ DÍAZ, C.; DE LA BARREDA, P., y ALCALÁ, R.—«UN SÍNDROME DE ERROR CONGÉNITO DEL METABOLISMO CON ESTEATOSIS GENERALIZADA, ANEMIA NORMOBLÁSTICA Y CARDIOMEGALIA.» «*Revista Clínica Española*», *71, 3, 178. Madrid, 1958.*

COMUNICAN los autores un caso clínico poco claro de una niña de once meses que presentó una intensa adiposis, generalizada hasta los párpados, con gran esteatosis visceral y hepática, cardiomegalia, anemia hipocrómica y normoblástica, juntamente con hipocolesterinemia. La necropsia no permitió llegar a un diagnóstico más completo ni a precisar la eiología. Los antecedentes familiares (padres sanos y siete hermanos muertos con parecidas características y a la misma edad), hace pensar que se trate de una adulteración congénita del metabolismo, que impide la utilización de las grasas, que se formarían en exceso, y secundariamente se depositan en todo el organismo, llevando a la muerte precozmente.

La publicación tiene por objeto dar a conocer este caso, con la esperanza de que nuevas observaciones puedan aclarar mejor su etiología y mecanismo.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

ESTOMATOLOGÍA

SOL FELIP. — «CINCO AÑOS DE IMPLANTES ALLOPLÁSTICOS YUXTAÓSEOS ESTOMATOLÓGICOS.» «*Prótesis Dental*», *núm. 6, número extraordinario. Madrid.*

ESTUDIA el autor las diversas condiciones favorables y desfavorables que condicionan estas operaciones, a las cuales están supeditadas las indicaciones, considerando que sólo en un 2 por ciento de casos desdentados están indicadas.

Cita como principales causas desfavorables la expresada indicación; el amplio y especializado equipo de especialistas que es menester emplear en la colaboración; la constante evolución de las técnicas, tanto quirúrgicas como protésicas; la dificultad de aceptación por parte de los pacientes, ya que llegan a decidirse en caso extremo; la sistemática oposición al progreso científico.

Describe minuciosamente las intervenciones en cuatro de los varios casos operados, tanto en lo que se refiere a la técnica quirúrgica como a la protésica, y hace definidos estudios de las psicologías de los respectivos pacientes, las cuales son muy de tener en cuenta para la feliz obtención de óptimos resultados.

Un párrafo dedicado a un ligero anecdotario da fin a este interesante trabajo del doctor Sol Felip, que se halla entregado de lleno a la investigación de este sistema de colocación de prótesis dentales.—CITOLER.

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

CALVO MELENDRO, J., y SÁNCHEZ-MALO DE CALVO, P. (Soria).—«SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO EN LAS AMAS DE CASA.» «*Medicina Clínica*», *t. XXX, número 5, págs. 332-334, mayo 1958. Barcelona.*

DURANTE los cinco años últimos los autores han observado múltiples casos de acroparestesias en señoras no acostumbradas a las labores del hogar. Se ponen en relación con la irritación que pueda sufrir el nervio mediano a su paso por el canal carpiano, debido a los movimientos forzados y persistentes de la muñeca en personas sin entrenamiento.

En el tratamiento carecen de valor los sedantes, vasodilatadores y estrógenos. El reposo, bandas de cuero en la muñeca y el entablillado quitan las molestias; el problema está en que la mayor parte de las personas no pueden prescindir de sus labores, y la persistencia determinará una lesión, acaso permanente, del nervio e incluso irreversible o tributaria de una pequeña intervención quirúrgica, al parecer innocua, y de resultado positivo siempre o casi siempre.

Consideramos el síndrome benigno, pero admitimos que a veces puede ser tan intenso que desorganice la vida de los afectados, justificando la operación, consistente en seccionar verticalmente el ligamento anular anterior del carpo.—AUTORRESUMEN.

TERAPÉUTICA

DE LA BADA SÁNCHEZ, F.—«NUEVA ASOCIACIÓN ESPASMOLÍTICA ANALGÉSICA.» «*Arch. Esp. Med. Int.*», *4, 5, 301. Barcelona, 1958.*

EL autor recoge (su experiencia en el tratamiento del dolor abdominal agudo con un nuevo preparado espasmolítico analgésico (buscapina-compositum) en sesenta y cinco enfermos de diversos tipos.

El dolor del abdomen agudo debe ser tratado tan pronto como se ha llegado a un diagnóstico. Muchas veces, aunque se requiera una intervención quirúrgica para tratar el proceso, se tarda cierto tiempo hasta que se realiza, y el enfermo requiere una terapéutica que mejore sus dolores.

Los analgésicos del tipo de la morfina y derivados tienen a veces acciones secundarias que no son deseadas, y de ahí el interés en utilizar otro tipo de agentes.

La rapidez de acción y la duración de efectos son muy efectivos en la asociación estudiada. Muchas veces bastó una dosis relativamente pequeña para conseguir los efectos.

En los casos de abdomen agudo, permite calmar el dolor, pero no enmascara el cuadro clínico, por lo que puede seguirse la evolución del proceso.

Otro dato de interés es la falta de toxicidad del preparado y el que en ningún caso se presentaron manifestaciones de intolerancia.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

NEUROLOGÍA

OLIVEROS, C., y BORDINOS, F.—«ESTUDIO ANATOMOCLÍNICO DE UN CASO DE HEMIBALISMO.» «*Arch. Esp. Med. Int.*», *4, 6, 361. Barcelona, 1958.*

EL síndrome del hemibalismo (movimientos involuntarios de gran violencia, que tienen lugar en un hemicuerpo) fué descrito por Kussmaul y Fischer, en 1911, habiéndose presentado numerosos casos desde entonces, sin que exista acuerdo en la etiopatogenia, aunque la mayoría de los autores han encontrado una lesión destructiva del cuerpo de Louys en estos enfermos.

La distinción del hemibalismo de casos de hemicorea y hemiatetosis no es fácil de llevar a cabo, y tal vez a esto se pueda achacar la diversidad de localizaciones lesionales encontradas por diversos investigadores.

En este trabajo se presenta un caso típico de hemibalismo que apareció en un paciente con un carcinoma broncopulmonar en el que la necropsia permitió comprobar una metástasis que ocupaba íntegramente el cuerpo de Louys y parte del fascículo de Forel.

Apoyados en estos hallazgos, los autores abogan por la hiptóesis de que el hemibalismo es selectivamente causado por lesión en el cuerpo de Louys, pensando que los casos descritos con indemnidad de esta estructura serían más bien síndromes coreicos y atetósicos mal diferenciados. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

BARRAQUER BORDAS, L., ARTIGAS RIERA, A., y otros (Barcelona).—«ESTUDIO DE UN CASO DE TUMOR MALIGNO DEL PÁNCREAS, DE SEMIOLOGÍA NERVIOSA PREDOMINANTE.» «*Medicina Clínica*», *t. XXX, núm. 5, página 338-347, mayo 1958. Barcelona.*

SE presenta un caso clínico de probable tumor maligno del páncreas con crisis de hipoglicemia de traducción clínica prodominantemente nerviosa (estado confusional, irritabilidad, agitación, etc.).

Se subraya el elevado valor diagnóstico del estudio electroencefalográfico de estos casos, llevado a cabo paralelamente a la toma de las cifras de glicemia.

Se hace una revisión general de las distintas formas de la patología nerviosa del hiperinsulinismo.—AUTORRESUMEN.

EXTRANJERAS

MEDICINA

FLORIAN, R. T.—«CAQUEXIA Y ENFERMEDAD DE SIMMONDS». «*Deutsch. Zeitsch. Stoffwechselkrankheiten*», *17, 32. 1957.*

EL doctor Florian, de la Clínica de Endocrinología de la Facultad de Medicina de Leipzig, describe dos observaciones personales de insuficiencia antehipofisaria o enfermedad de Simmonds. La primera es una mujer que, después de un parto con gran hemorragia, comienza un cuadro de hipogalactia, amenorrea, pérdida de la libido, disminución de la pilosidad cutánea y mixedema, con gran disminución de la excreción urinaria de los 17-córticosteroides. La segunda corresponde a un hombre con un cuadro de tumor hipofisario en el cual se injertan síntomas de atrofia genital, con adiposidad y calvicie generalizada.

La ausencia del síntoma caquexia en ambas observaciones habla en contra del diagnóstico de enfermedad de Simmonds, si seguimos la línea clásica trazada en los libros de Endocronología.

Por el contrario, el doctor Florian describe tres caso de intensa caquexia con las características de adelgazamiento del síndrome antehipofisario, pero sin los síntomas clínicos y biológicos restantes que aseguran el diagnóstico.

El autor del trabajo se pronuncia contra la opinión de considerar a la caquexia como síntoma patognomónico de la enfermedad de Simmonds, revisando los protocolos de la clínica en la cual trabaja durante los últimos veinte años. Aparecen ciento cuatro observaciones de insuficiencia antehipofisaria, con el síndrome conocido de caquexia en catorce casos. Quedan así noventa observaciones en las que la desnutrición masiva no aparece en el cuadro.—E. ARIAS VALLEJO.

JUIF, J. G.—«LAS MENINGITIS LINFOCITARIAS.» *(Les méningites lymphocytaires.)* «*Strasbourg Médical*», *núm. 6, junio 1955. Estrasburgo.*

EN la revisión de este tema estudia por separado las meningitis tuberculosas, sin aportar nada nuevo a lo ya conocido, y únicamente insiste en que un electroencéfalograma normal es argumento de valor en contra de la hipótesis de meningitis tuberculosa, sobre todo en el niño, mientras que la alteración del mismo traduce la existencia de una meningoencefalitis de la base, que puede ser de etiología variable.

Engloba después, en capítulo aparte, el resto de las meningitis linfocitarias de evolución favorable en dos o tres semanas, resaltando cómo los valores de glucosa en el licuor pueden estar aumentados o disminuídos; pero en este último caso, nunca lo hacen tanto como en las meningitis tuberculosas.

Desde el punto de vista etiológico, las agrupa así:

A) *Producidas por virus:* Unos, habitualmente neurótropos (poliomielitis anterior aguda, encefalitis de Von Economo, herpes, zona, enfermedad de Armstrong, etc.), y otros, facultativamente neurótropos (parotiditis, gripe, sarampión, rubeola, vacuna, varicela, mononucleosis infecciosa, hepatitis epidémica, neumonía atípica primitiva, ornitosis, psitacosis, enfermedad de las garras del gato, etc.).

B) *Producidas por ricketsias* (sobre todo, la fiebre de Queensland).

C) *Producidas por leptospiros* (espiroquetosis icterohemorrágica, enfermedad de los cuidadores de cerdos, etc.).

D) *Producidas por diversos agentes* (brucelosis, sífilis, etc.).

El diagnóstico de estas meningitis linfocitarias unas veces es fácil, cuando el cuadro meníngeo surge en el curso evolutivo de una enfermedad fácilmente identificable (sarampión, parotiditis, hepatitis epidémica, etc.); pero cuando la meningitis linfocitaria cursa aisladamente, ofrece más dificultades, debiendo entonces valorarse la existencia de epidemias o casos aislados de parálisis infantil, sarampión, etc.; la profesión del paciente, los caracteres del liquor (una persistente albúminorraquia, junto con una disociación albúminocitológica tardía, son datos a favor de poliomielitis anterior aguda). Y, tobre todo, el serodiagnóstico (leptospirosis, sífilis, etc.) y la investigación directa y cultivo de los virus responsables, o mediante reacciones de desviación del complemento y de neutralización de los mismos.

Sin embargo, hay que reconocer que, a pesar de todo el número de meningitis linfocitarias que tenemos que catalogar como criptogenéticas, todavía sigue siendo muy elevado.—F. SUÁREZ PALACIOS.

NUTRICIÓN

EDITORIAL.—«LOS ANTIDIABÉTICOS ORALES.» «*Res Medicae*», *núm. 2, Roma. 1957.*

VAMOS a pasar por alto todo lo que se dice respecto a las ventajas que para el dia-

bético tendría el tratamiento por vía oral, evitando de esta manera la vía inyectable. La insulina por vía oral es ineficaz. Diversas tentativas de la química farmacológica han sido hasta hace poco tiempo infructuosas, hasta que algunas observaciones de investigadores argentinos y las sucesivas comprobaciones de clínicos franceses y colaboradores, han llamado la atención de los fisiólogos sobre la acción hipoglucemiante de algunos fármacos de la familia de las sulfamidas.

Hoy en día se conocen ya un sinfín de sulfamidas que han demostrado acción hipoglucemiante:

1.ª Metiltioimidazol.
2.ª P-aminobencenosulfanilamidaisopropiltiazol.
3.ª P-aminobencenosulfanilamidociclopropiltiodiazol.
4.ª P-aminobencenosulfanilamidoctiltiodiazol (Globucid).
5.ª P-aminobencenosulfanilamidaisopropilurea (Loranil).
6.ª P-aminobencenosulfanilamidaurea (Euvernil).
7.ª Acetilaminotiodiazolsulfonilamida (Diamox).
8.ª P-aminobencenosulfonilbutilurea (SBC)
9. P-toluensulfonilbutilurea (TSBC).

De todas ellas, las dos últimas, derivadas de la urea, son las que más se emplean en clínica. Una es la de tipo Invenol, y la última la de tipo Rastinón. La concentración en la sangre alcanza el máximo ya a la segunda hora de la ingestión, se mantiene el fármaco a ese nivel durante unas cuatro horas, y va descendiendo lentamente su nivel en sangre. La eliminación se realiza preferentemente por la orina. Su acción tóxica es mínima, por lo que su margen terapéutico es muy grande.

La acción sobre la glicerina en el sujeto sano es bastante proporcional con la concentración del fármaco en sangre. Existe una dosis umbral (alrededor de uno a dos gramos), por debajo del cual no se produce ningún efecto hipoglucémico. La dosis óptima, que provoca su efecto hipoglucémico hasta el 60 a 70 por ciento durante cuatro a seis horas. Dosis superiores, suministradas en forma experimental en animales, provocan una hiperglucemia seguida de la muerte del animal.

En el diabético las cosas son menos simples. La respuesta no es constante. En las diabetes experimentales por aloxanas, en las que exista un daño más o menos grave que pueden llegar a la necrosis de las células Beta del páncreas endocrino, la sulfamida ha dado efectos beneficiosos solamente en los casos en que la intoxicación había sido leve.

En animales pancrectomizados, la actividad de estos fármacos ha sido evidente sólo en aquellos casos en los que la intervención había sido de carácter parcial.

Las diabetes producidas por ingestión de extractos pituitarios ha sido sólo en algunos casos corregida por la sulfamida, lo mismo en los pocos casos estudiados de diabetes esteroides.

Desde el punto de vista de su acción patogénica, en la diabetes mellitus se ha investigado el efecto de las sulfamidas sobre el glucógeno hepático y muscular. Varias investigaciones concuerdan que bajo la acción de estos fármacos el depósito de glucógeno hepático aumenta, mientras que el de los músculos disminuye o queda invariable.

Estudios histológicos de las células insulares después del tratamiento, ha dado resultados discordantes: algunos encuentran degeneración y disminución numérica de células Alfa (para otros, estas células permanecen invariables). Las células Beta se presentarían no granuladas, y a veces en degeneración hidrópica (cuadro interpretado como un estadio de máxima increción).

Más investigaciones se llevan a cabo, que en forma resumida se describen a continuación:

1.ª Acción estimulante sobre la secreción insulínica.
2.ª Acción lesiva sobre las células alfa.
3.ª Acción antiinsulinásica.
4.ª Acción relacionada con el sistema hipófiso-suprarrenal.
5.ª Acción sobre la glucorregulación hepática.
6.ª Acción de potenciación de la actividad insulínica.

Ninguna de estas hipótesis puede considerarse definitivamente probada. Clínicamente, se ha puesto en evidencia que cuanto más avanzada es la edad del paciente, y especialmente la edad de iniciación de la diabetes, es cuando la sulfamida actúa mejor. En cambio, no posee ninguna influencia la duración de la diabetes ni la de una eventual cura insulínica. Es fundamental la magnitud del requerimiento diario de insulina: en pacientes regulados con 20 U. de insulina por día se obtienen resultados del 80 por ciento. Si son necesarias 40 U., el tanto por ciento disminuye mucho. En la diabetes acidósica grave es absolutamente refractaria a la acción de la sulfamida, especialmente en los precomas y comas que constituyen ambos estados.

Resumiendo: la sulfamida no tiene la pretensión de sustituir a la insulina. Absolutamente contraindicadas, por carecer de eficacia, en las diabetes flaca juvenil con tendencia acidósica. Utilizable en algunos casos de diabetes grasa, senil, con moderada hiperglucemia y glucosuria.—LAFUENTE.

DERMATOLOGÍA

BRAUN, F. — «EL CARCINOMA ARSENICAL.» (*Deutsch. Med. Woch*), *20, 870. 1958.*

DESDE 1930 se conoce con el nombre de carcinoma arsenical» a una variedad de neoplasia, de localización cutánea generalmente, que aparece en relación con el consumo o la aplicación local de un medicamento arsenical durante largo tiempo (Neubauer). Desde 1953, por los trabajos de Sommers y McManus, se vienen estudiando numerosos casos de cáncer de esta etiología que aparecen en los viñadores de distintas regiones alemanas, en dependencia con el uso de antiparasitarios arsenicales utilizados en la profilaxis de las fitosis de las viñas. La descripción original de estos autores refiere la multicidad de estas neoplasias, que aparecen de modo simultáneo en diferentes partes del cuerpo, casi siempre en la piel, y, en algunos casos, en los órganos internos. El hígado es afectado en muchos casos, con una neoplasia primaria en ocasiones, con una cirrosis portal en algún caso.

Recientemente, Braun expone dieciséis observaciones de este cáncer arsenical en viñadores del Palatinado, en contacto por su trabajo con arsenicales, que presentaban desde años antes lesiones cutáneas de queratosis y melanodermia, estudiadas en la Clínica Universitaria de Dermatología y en el Hospital Czerny, de Heidelberg. Aparte de su neoplasia cutánea, nueve pacientes tenían un carcinoma bronquial; uno, un carcinoma del colédoco, y otro, un cáncer primario de un ganglio linfático del cuello.

Todos los carcinomas cutáneos eran espinocelulares y se desarrollaron al cabo de uno a cinco años de contacto con la solución arsenical utilizada para regar las viñas.

La existencia de esta neoplasia de origen arsenical comporta la necesidad de abstenerse en la medicación con arsénico por vía cutánea en cualquier enfermo de una dermopatía, a juicio de los autores de estos interesantes trabajos.—E. ARIAS VALLEJO.

NEUROLOGÍA

ALIAGA (Lima). — «REPERCUSIÓN PSICOLÓGICA DE LOS ANIMALES EN EL MUNDO DE LOS NIÑOS.» (*Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y disciplinas conexas*), *vol. V, núm. 19, páginas 326-330. Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana. Quito (Ecuador) Julio-Septiembre 1957.*

EL autor ha aplicado el psicodiagnóstico de Rorschach a 300 niños de Huachad (Perú), y fruto del mismo, juntamente con las conversaciones sostenidas con ellos, ha logrado determinar en tal grupo la influencia que sobre su psiquismo ejercen diversos animales con los que conviven. He aquí lo más destacado de sus investigaciones:

Es el perro el que mayor repercusión tiene sobre el mundo interno del niño. Impresiona el toro la imaginación infantil, por su fuerza y corpulencia, considerando también el indígena hombre importante al que posee un bovino. La gallina representa diversos valores, distrae la mente infantil, es un instrumento de cambio, jugando gran papel en sus juegos los pollitos y siendo fuente de gran curiosidad, incluso sexual, el huevo. La mariposa atrae fuertemente a los niños por sus colores, por su atractivo decorativo y por el afán de perseguirla y poseerla. El gato influye en la imaginación infantil, y en los momentos de soledad dialoga con sus crías como si fueran dos almas ligadas por el mismo lazo paternal. El asno despierta curiosidad en el niño e influencia la integración de su personalidad, imitando sus actitudes y gustando montarlos. El caballo es para el niño un animal señorial y le hace pensar en el mundo de las maravillas. El cerdo queda grabado en la mente infantil como cosa de interés, gustando de jugar con los marranitos a los que haciendo cosquillas en el vientre deja dormidos. El sapo causa en el niño temor y horror, lo que le impele a desencadenar el instinto de la agresividad tirándole piedras.

En resument, termina diciendo el autor que la presencia de los animales constituye generalmente un estímulo satisfactorio para los sentimientos del individuo, causando repercusión psicológica en el mundo interno de los niños.—LUIS DEL CAMPO.

PIOTROWSKI. — «DESPUÉS DEL CENTENARIO DE FREUD.» (*Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y disciplinas conexas*), *vol. VI, núm. 22, páginas 151-173. Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana. Abril-Junio 1958. Quito (Ecuador).*

EL autor, demostrando poseer una información excepcional sobre el padre del psiconanálisis, Freud, pasa revista o biografía de la trayectoria científica del maestro vienés, desde su iniciación con Charcot y trabajos conjuntos con Breuer, hasta la creación y desarrollo de sus propias teorías, con sus símbolos, formas de abreacción y conflictos de la personalidad del neurótico, estudiando con mayor detenimiento su obra básica sobre la interpretación de los sueños, editada en 1900. Revisa a continuación las teorías sobre desarrollo y fijación residual infantil que enumeró el creador del psicoanálisis, precisando lo que se entiende por

transferencia y contratransferencia, que luego extendió a los impulsos de agresividad. Recuerda cómo siendo ya Freud sexagenario revisó su teoría y pretendió aunar ciertas discrepancias entre sus seguidores, atribuyendo nuevos valores al Ego, Superego e Inconsciente, basándose en su numerosa casuística y figuras de la literatura universal, logrando de esta forma atenuar las diferencias entre psicoanalisis y psicología tradicional, y si bien modificó las características más atrevidas de sus teorías, no cedió terreno en muchas ideas básicas. Destaca el interés de los estudios del sabio vienés sobre relaciones familiares, especialmente de padres a hijos en la primera infancia, base de conductas futuras, terminando con la afirmación de que para mejor comprender las teorías psicoanalíticas de Freud es fundamental estudiar sus publicaciones por orden cronológico de aparición, especificando las más recomendables edicciones sobre sus obras.—LUIS DEL CAMPO.

PEDIATRÍA

PERELMAN, R. — «COLOQUIO SOBRE LAS AFECCIONES PULMONARES INVERNALES DEL LACTANTE. III.—INFECCIONES RESPIRATORIAS INVERNALES DEL LACTANTE.» (*Le Concours Medical*), *núm. 12, marzo 1957. París.*

LA sintomatología de las infecciones respiratorias del lactante es muy compleja: a los transtornos respiratorios se añaden signos digestivos, a veces en el primer plano, lo que despista el diagnóstico; transtornos funcionales: disnea, tos y cianosis, que no son patognomónicos de la localización respiratoria, ya que pueden corresponder a una lesión central nerviosa (poliomielitis bulbar, hemorragia meníngea, etc.), asistolia aguda, deshidratación aguda, etc.

La *tos* puede ser emetizante o quintosa. Ni una ni otra son exclusivas de una coqueluche, ya que ambas son frecuentes en el lactante.

La *disnea* puede ser inspiratoria, expiratoria o mixta. Es necesario resaltar su carácter arrítmico durante el sueño o en las primeras semanas, a veces casi Cheyne Stockes. Debe precisarse su número (40 normal en recién nacido y 30 a los dieciocho meses). Importa precisar el cornaje, el tiraje (un ligero tiraje epigástrico normal a los tres meses), la cianosis, el aleteo nasal. La aparición de los mismos en crisis o con los esfuerzos.

La *cianosis* puede ser evidente cuando es discreta, quedando localizada en los alrededores de la boca (que toma color malva), en los labios y en las uñas. Otras veces sólo aparecen con los gritos o movimientos. Es importante no confundirla con el tinte azulado que tienen algunos lactantes cuando están en una habitación fría.

Los caracteres esenciales y propios del lactante en el examen pulmonar, son: La respiración de predominio abdominal; la percusión deberá de ser ligera, fina, mediata, a veces directamente sobre la pared torácica; la auscultación con estetóscopo pequeño, favoreciéndola el llanto del niño, cuidando de escuchar la inspiración profunda que sigue al llanto; la auscultación será simétrica y comparativa; también la radioscopia se hará procurando que llore el niño, para observar bien en el momento de la inspiración; las radiografías se harán en inspiración profunda, para que no aparezca un hililio denso del momento del llanto.

Las *rinofaringitis* agudas, adenitis agudas y amigdalitis se estudian, sobre todo, desde el punto de vista de la eficacia terapéutica de las mismas.

Estudia después el autor las *laringitis*, entre las que señala la catarral aguda, la aguda edematosa y la aguda disneizante de Chevalier-Jackson.

Se termina el trabajo estudiando las bronquitis y broncoalveolitis agudas y edemas pulmonares. — A. MALLÓU.

SALA y MAGLIULO. — «LA INVAGINACIÓN INTESTINAL DEL LACTANTE.» *Consideraciones sobre 54 casos.* (*Il Lattante*), *A. XXVIII, núm. 10, octubre de 1957.*

LA frecuencia mayor en la lactancia y en la primera infancia de la invaginación intestinal hacen que esta enfermedad sea un capítulo importantísimo de la patología infantil.

En los niños mayores y adultos hay una justificación anatómica para la invaginación intestinal (neoplasia, etc.).

En el niño pequeño y lactante la invaginación intestinal aparece muchas veces sin etiología clara. Son muchos los factores que ayudan a que este transtorno patológico tenga lugar en el niño, tales como: la frecuente longitud excesiva del meso, la excesiva movilidad del ciego, la delgadez de la pared intestinal, el excesivo tamaño de la válvula ileocecal, el hiperperistaltismo, el presunto desequilibrio en la inervación de la pared intestinal, etc.

Laborit destaca la importancia del sistema neurovegetativo, de forma que obtiene experimentalmente múltiples invaginaciones intestinales inyectando en el meso o en la pared intestinal acetilcolina, y consigue neutralizar este efecto con la atropina.

Otro factor predisponente es el cambio de la alimentación del niño a esta edad. Así hay una mayor frecuencia de invaginaciones en el lactante al cumplir los seis meses y empezar con la alimentación complementaria. En esta época, precisamente, la frecuencia de los transtornos dispépticos es siempre mayor.

Hay una mayor frecuencia en estío e invierno, lo que coincide con una mayor abundancia de colpitis en estas estaciones.

Anatómicamente se pueden dividir las invaginaciones intestinales, siguiendo la clasificación de Ombredanne, en: *a*) íleo-cecales, *b*) íleo-cólica, *c*) íleo-iliar, *d*) colo-cólica, *e*) excepcional, en la que se incluye la múltiple y la del divertículo de Meckel.

Se estudia luego el cuadro clínico del proceso, destacando la aparición brusca del dolor, con contorsiones del niño, su palidez, estado de schock, su carácter paroxístico y su intensa agudeza, el tacto rectal sangrante y la importancia del enema de bario para el examen radioscópico directo, con las imágenes cocardas, en tridente, en escarapela, en raqueta, etc., etc.

Del tratamiento incruento (enema de bario) destaca el autor la importancia de éste como diagnóstico más que como tratamiento, la necesidad de tener en cuenta el número de horas de la invaginación para poder llevarlo a cabo y la necesidad de limitar su aplicación a aquellos en los que la invaginación no produce una obstrucción absoluta.

Se estudia detenidamente el tratamiento quirúrgico, los métodos de llevarlo a cabo, incluída la anestesia mejor y su forma de aplicarla, preparación preoperatoria, el tratamiento postoperatorio culmina con su estudio detenido este magnífico trabajo.

De los cincuenta y cuatro casos presentados por los autores, siete respondieron a la terapéutica incruenta del enema baritado, uno cedió espontáneamente y cuarenta y seis fueron intervenidos quirúrgicamente con un veinticuatro por ciento de mortalidad (trece casos). — A. MALLÓU.

TISIOLOGÍA

APOSTOL, A., y DIMITRESCU, N. (Bucarest). — «CONSIDERACIONES SOBRE LA IMPORTANCIA, EN LA TUBERCULOSIS, DE LAS RELACIONES DE INTERDEPENDENCIA ENTRE EL SISTEMA BRÓNQUICO, LA DINÁMICA DE LA RESPIRACIÓN Y EL SISTEMA GANGLIONAR BRONCOPULMONAR.» *(Considerations sur l'importance dans la tuberculose des rapports d'interdependance entre le systeme bronchique, la dinamique de la respiration et le systeme ganglionaire broncopulmonaire.) «Le Poumon et le Coeur», 1, 83. 1958.*

LA inspiración ventila —dice el autor— los lóbulos pulmonares inferiores, el lóbulo medio y, en parte, los segmentos ventrales de los lóbulos superiores. La expiración ventila los segmentos apicales, dorsales y ventrales (parcialmente) de los lóbulos superiores. El sistema canalicular brónquico, la dinámica respiratoria y los atributos funcionales de los pulmones constituyen las causas principales que han deerminado el desarrollo particular de la red gangliolinfática peribroncopulmonar y el predominio de esta red en el sistema pulmonar derecho, sobre todo en el lóbulo superior.

La importancia de estas relaciones de interdependencia entre el sistema brónquico, la dinámica de la respiración y la red ganglionar, está probada por la frecuencia elevada de adenopatías mediastinopulmonares y de sus fístulas; sobre todo, el lóbulo superior derecho, el más deficitario. El foco pulmonar visible, tipo Parrot-Kuss, se pregunta el autor si será tal lesión inicial un producto de aspiración fistular linfadenobroncogénica.—SAMITIER.

ZENGUINOV, G. (Sofía).—«EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR HEMATÓGENA DISEMINADA SUBAGUDA DE LOS NIÑOS DE CORTA EDAD.» *(Evolution clinique de la tuberculose pulmonaire hematogene disseminée subagigue des petits enfants.) «Le Poumon et le Coeur», 1, 99. 1958.*

LA tuberculosis pulmonar hematógena diseminada subaguda de los niños de corta edad es una afección grave y tóxica y aun con temperatura subfebril puede ser grave. En los que se agravaron y que fallecieron, la leucopenia persiste hasta la muerte, mientras que en los mejorados hubo una inicial leucopenia que más tarde viró hacia la leucocitosis y normalización. Idénticamente los leucocitos mononucleares son inferiores a lo normal, persistiendo así hasta la muerte. Aun en los graves que más tarde curaron, sucedió esto, pero se normalizó la cifra de mononucleares. La velocidad en los graves responde a la característica de los estados de arreactividad, y en los que curan asciende y por fin se normaliza. La cuti es negativa en los graves, y en los que tienden a mejorar, inicialmente era positiva. Sin embargo, hay casos de curados que salieron del hospital con la cuti negativa.

La mitad de los niños padecen meningitis, y ésta aparece incluso durante el tratamiento por el PAS y estrepto, existiendo meinngitis oligosintomáticas sin los clásicos signos conocidos. Son signos de arreactividad: leuocpenia, finfopenia, velocidad normal, cuti negativa y aparición de meningitis sin las clásicas manifestaciones de rigidez de nuca, Koerning o vómitos.—SAMITIER.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 395 - TOMO LXVII
FEBRERO 1959
ACADEMIAS Y SOCIEDADES

HOSPITAL PROVINCIAL DE NUESTRA SEÑORA DE GRACIA, DE ZARAGOZA

SERVICIO DE NEUROPSIQUIATRÍA. — Jefe: Dr. R. REY ARDID.

SESIÓN DEL DÍA 6 DE JUNIO DE 1957

UCAR y NAVARRO.—«SOBRE LA ACCIÓN DEL ALCOHOL DEL ÁCIDO PANTOTÉNICO EN LOS VÉRTIGOS Y MAREOS DIVERSOS. (NOTA PREVIA.)»

DESDE hace algún tiempo se sabe que la carencia de ácido pantoténico originaba en los animales fenómenos atáxicos. En el hombre, Beau y Hodges (1954) encontraron esta ataxia con hiperreflexia y fenómenos vertiginosos, pero no establecieron una relación entre estos fenómenos nerviosos y una afectación del VIII par. Asimismo, la carencia de ácido pantoténico provoca en los animales, casi constantemente, inflamaciones catarrales de las mucosas de las vías respiratorias y del aparato digestivo, teniéndose un conocimiento de la acción antiinflamatoria general de este fármaco, por lo cual ha sido utilizado con buenos resultados en múltiples afecciones dermatológicas, digestivas, respiratorias, etc.

Posteriormente se ha conocido la acción tóxica de la estreptomicina en los tratamientos prolongados de la tuberculosis. Basados en que el sulfato de estreptomicina tiene una acción tóxica sobre el segmento vestibular, mientras que la dihidroestreptomicina actúa sobre la porción coclear del VIII par, y teniendo en cuenta que para el tratamiento del hidrops del laberinto hay que recurrir en algunos casos a la neurocirugía seccionando el vestibular, Gloring y Fowler, para lograr el mismo resultado, utilizaron el sulfato de estreptomicina a dosis altas (4 gramos diarios), para tratar el hidrops del laberinto, con buenos resultados, por su papel de tóxico neuroepitelial vestibular, no debiendo, en cambio, emplearlo en las neuronitis.

Por otro lado, ante las acciones secundarias sobre el coclear y el vestibular de la estreptomicina (dihidro o sulfato), que hicieron reducir las dosis primitivas de 3-4 gramos diarios a un gramo y menos, weller y colaboradores demostraron, en 1955, que la adición de ácido pantoténico a los tratamientos con estreptomicina disminuye la toxicidad aguda o crónica de esta sustancia en el ratón y en el gato, que no presentan entonces trastornos vestibulares ni cocleares. En 1955, Simon, Glogowski, Bernier, Bailland y Rougueoull comienzan a tratar a diversos pacientes tuberculosos con una mezcla del 80 por ciento de dihidroestreptomicina y 20 por ciento de pantotenato sódico, observando muchos menos accidentes del VIII par, que con la estreptomicina sola, y, además, mejores resultados; comprobaron también que algunos vértigos originados por la estreptomicina ceden ante la administración de pantotenato sódico, a veces de forma espectacular, tras muy pocas inyecciones de 500 a 1.000 miligramos por día.

Estos resultados indujeron a utilizar el pantotenato sódico en vértigos debidos a otras causas, y Paúl Bruse y Sigwald, por una parte, y Aubry, Celice y Duchesnay, por otra, con Bernier, lo han experimentado en diversos tipos de vértigo: de Menière, síndromesmenieriformes, enfermos tabéticos, vértigos neurovegetativos de origen petromastoidiano, etcétera, hallando en esta sustancia, a las dosis mencionadas administradas por vía intramuscular, una acción antivertiginosa real. Los autores comprueban que los vértigos de Menière auténticos (vértigos por crisis, zumbidos de oídos e hipoacusia) no responden tan bien al tratamiento como los vértigos neurovegetativos, en los cuales desaparece, además del vértigo, el desequilibrio neurovegetativo, engendrando en los pacientes un estado de euforia; no obstante, también algunos pacientes con enfermedad de Menière se benefician con el tratamiento, pareciendo los menos accesibles a él los que sufren vértigos pseudomenieriformes como complicación de afecciones del oído medio de tipo cicatrizal postoperatorio. Los autores citados dicen que la acción del ácido pantoténico en sus pacientes ha sido rápida, manteniéndose la sedación durante todo el tratamiento, pero que no puede fijarse la duración de los efectos beneficiosos por ser todavía corto el período de observación.

Basados en estos trabajos publicados en

1956, los comunicantes iniciaron el tratamiento de algunos enfermos que sufrían afecciones vertiginosas o simples mareos, con el alcohol del ácipo pentatónico (Bepanthene), puesto a su disposición por la casa Roche. Exponen a continuación los resultados obtenidos en nueve casos, cuyas historias clínicas resumidas presentan, en los cuales se administró Bepanthene a dosis diarias que oscilaron entre 500 y 1.00 miligramos, en períodos que fueron desde nueve a veinticinco días, según los enfermos, observando en casi todos ellos mejorías notables, y en cierto número de casos, curaciones que duran ya tres o cuatro meses.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en estos enfermos, que han sido seleccionados de un grupo mayor en el que todavía es pronto para decidir sobre los efectos logrados, señalan los comunicantes que la utilización del alcohol del ácido pantoténico se ha hecho exclusivamente desde un punto de vista puramente sintomático, ya que por ahora se carece de datos en cuanto a su acción específica y no se puede, por tanto, indicar en qué tipo de vértigos puede resultar eficaz dicha medicación y en cuáles será inoperante.

Sin embargo, sirviéndose de esta breve estadística, se puede apuntar que este fármaco se ha mostrado eficaz en una gran parte de los pacientes, cediendo en general la sensación de mareo y mejorando su estado general y su estado de ánimo, sin que, por lo demás, haya modificado los zumbidos de oído ni la hipoacusia cuando existían.

Consideran los comunicantes que el tiempo de observación es demasiado corto para poder juzgar la evolución de los casos, y todavía no puede saberse si pasado un cierto tiempo volverá a aparecer la sintomatología, como ha ocurrido en alguno de los pacientes tratados hasta ahora, en los que dos o tres meses después se observó una recaída, pero con los síntomas mucho más atenuados. Se proponen hacer en lo sucesivo, contando con la colaboración del otorrinolaringólogo, un estudio etiológico de los enfermos que presenten vértigos, haciendo constar los resultados obtenidos con la medicación en los diversos grupos.

En cuanto al modo de acción de este fármaco, es posible que la acción antiinflamatoria demostrada para otras partes del organismo exista también para el aparato cócleovestibular, más sobre la rama vestibular que cuando existen lesiones cocleares ya manifiestas; por esto hay que pensar que su eficacia será mayor en los vértigos de Menière y en los hidrops de laberinto, con su proceso inflamatorio, que en otros tipos de vértigos.

Sin embargo, no es posible por ahora aconsejar esta medicación en uno u otro tipo de mareos. De momento debe ensayarse en todos los casos, cualquiera que sea su etiología, como tratamiento sintomático; y parece muy indicado emplearlo de un modo sistemático, como coadyuvante, en todos los tratamientos estreptomicínicos prolongados, tal como los comunicantes hacen actualmente en algunos procesos tuberculosos meníngeos.

DISCUSIÓN

Rey Ardid. — Cree que por ahora es imposible precisar la acción sobre el organismo del ácido pantoténico, aunque en las diversas aplicaciones que de él se han hecho se ha comprobado una acción antiinflamatoria. De todos modos, hay que considerar la utilización del ácido pantoténico como un feliz hallazgo aunque sólo se conozca su acción sintomática, ya que muchos de estos síndromes vertiginosos han sido siempre muy rebeldes a los tratamientos conocidos. Indudablemente, la acción del ácido pantoténico no está desprovista de importancia ya que formando parte de la coenzima A participa en el metabolismo de los hidratos de carbono.

Su experiencia personal se reduce hasta ahora a tres enfermos: Uno de ellos que, por una lesión ósea supuestamente tuberculosa, recibió 8 gramos de estreptomicina, presentó un cuadro de vértigos muy aparatoso con ligeras alteraciones electroencefalográficas en región temporal izquierda y en él el ácido pantoténico tuvo un efecto espectacular y duradero. En otros dos enfermos con vértigos de naturaleza no bien determinada los resultados fueron más inciertos.

Precedo. — Piensa si la acción antiinflamatoria y la acción anticanicie del ácido pantoténico no podrían hablar en favor de una acción general de este fármaco sobre todas las estructuras procedentes del ectodermo.

Ucar. — Insiste en que por ahora se ignora el modo de acción del ácido pantoténico y señala otra indicación interesante en la que se obtienen muy buenos resultados, como es el íleo paralítico postoperatorio.

ESCUELA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA «GALLART MONÉS»

SERVICIO MÉDICOQUIRÚRGICO DE PATOLOGÍA DIGESTIVA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, DE BARCELONA

Director: Dr. A. GALLART-ESQUERDO

SESIÓN DEL DÍA 6 DE MARZO DE 1958

AGUSTÍ PEYPOCH, J.—«TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA RECTOCOLITIS MUCOHEMORRÁGICA.»

Se estudia en esta comunicación el estado actual del tratamiento quirúrgico de la rectocolitis mucohemorrágica, agrupando las operaciones propuestas y practicadas en tres grupos: *a*) operaciones de derivación; *b*) operaciones de resección, y *c*) operaciones patogénicas.

Operaciones de derivación. — Apéndicostomía, cecostomía, colostomía con todas sus variedades, ileostomía, pueden considerarse en la actualidad todas ellas como coadyuvantes del tratamiento médico o como un primer tiempo a operaciones de exéresis. De todas ellas es la ileostomía la que proporciona resultados netamente superiores a las demás.

Operaciones de resección.—Se practican para lograr la supresión del tramo intestinal afecto de lesiones, y si éstas se encuentran localizadas en un segmento, puede practicarse una hemicolectomía segmentaria, con el riesgo de una propagación posterior de la enfermedad a las zonas indemnes hasta entonces. La colectonemia total es la intervención de elección en la rectocolitis mucohemorrágica grave; pero como las lesiones tienen una marcada tendencia a localizarse en el recto sigmoides, los autores angloamericanos preconizan la práctica sistemática de la coloproctectomía en uno o dos tiempos, e ileostomía definitiva.

En nuestra escuela, la norma de actuación establecida es la de practicar, en lo posible en un so'o tiempo, la colectomía, abocando el segmento proximal del recto en la pared para el tratamiento tópico medicamentoso, y una ileostomía provisional; para practicar en un segundo tiempo una ileorectostomía, proceder que nos ha dado excelentes resultados en todos los casos.

Operaciones patogénicas.—Operaciones que, sin actuar directamente sobre el intestino, se fundamentan en diversas teorías patogénicas psicosomáticas y neuroviscerales.

La vagotomía doble se encuentra prácticamente abandonada. La resección del sistema nervioso autónomo pelviano parece actuar simplemente sobre el dolor y la tendencia hemorrágica sin modificación sobre las lesiones. La infiltración novocaínica y electrocoagulación frontal parece haber logrado resultados estimables; pero la escasa experiencia de la misma la hacen difícilmente valorable.

En el tratamiento de las complicaciones de esta enfermedad es donde juega un papel preponderante el criterio quirúrgico.

SESIÓN DEL DÍA 13 DE MARZO DE 1958

GRAÑÉN RASO, E. — «DOS AÑOS DE LABOR PSICOTERAPICA EN NUESTRO DEPARTAMENTO: RESUMEN Y COMENTARIOS.»

Se mencionan las actividades que se llevan a cabo en el Departamento, especialmente los tratamientos en grupo. Las razones que aconsejan este tipo de terapia en un medio hospitalario no se describen con detalle por haberlas ya referido en anteriores comunicaciones; pero se da un resumen de los resultados.

Se han visto hasta el momento: [1]

Ulceras gastroduodenales, 13; neurosis varias (histéricas y de ansiedad), 35; síndromes depresivos, 5; síndromes paranoicos, 3; síndromes maníacos, 1; psicópatas, 3; oligofrenias, 1; varios (vistos en la sala, etc.), 16. Total: 78.

Hasta el presente momento se han beneficiado —seis prosiguen su tratamiento— un total de cincuenta y un pacientes que asisten a cinco grupos, a razón de una hora semanal cada grupo, y los buenos resultados obtenidos hasta la actualidad se han podido comprobar en forma objetiva en veintiocho de ellos. A éstos se les puede calificar como extraordinariamente gananciosos. En cuanto a los veintitrés restantes, debe considerárseles como sujetos a los que no es posible, por el momento, sacar una conclusión objetiva de su, por otros aspectos, visible mejoría.

Además de esta labor terápica, el Departamento lleva a cabo un intenso trabajo profiláctico y de divulgación de las normas más elementales de la higiene mental, a través de los grupos de padres (educación psicológica familiar), lecciones de orientación laboral en adolescentes y adultos, así como proyecciones de films científicos educativos tendentes a una

[1] Se utiliza aquí, psicológicamente, un criterio nosológico corriente, en aras de una mayor comprensibilidad.

acción difusiva de las pautas más sanas para la consecución de una verdadera salud psíquica. Como muestra de lo mencionado, se proyecta el film «Shiness» (Timidez), que, entre otros —proporcionados por el «National Film Board of Canada, Mental Health Service»—, se ha utilizado y se prosigue su uso en diferentes sesiones de conjunto.

SESIÓN DEL DÍA 20 DE MARZO DE 1958

GALLART-ESQUERDO, A. — «CÁNCER GÁSTRICO.»

La historia clínica resumida del caso que motiva la presente comunicación, es la siguiente:

Enfermo de 79 años de edad, que en 1931-32 sufrió un cólico nefrítico con expulsión de cálculo. Desde 1933 a 1936, síndrome doloroso epigástrico tardío, que se le calmaba con la ingestión de alimentos y alcalinos, de evolución por termoradas. En 1936, en fase do'orosa, hematemesis considerable, seguida de melena. En Roma le diagnosticaron úlcera duodenal. Luego estuvo perfectamente.

Hace un mes, y sin ninguna molestia previa, hematemesis y melena muy abundantes, siendo internado en una clínica quirúrgica de nuestra ciudad, donde le diagnosticaron úlcera gástrica. Solicitada nuestra opinión por los familiares del paciente, la exploración clínica revela: palidez cutáneomucosa muy acusada, y defensa muscular a la izquierda del epigastria, por debajo del cual se percibe un tumor irregular. En las radiografías se aprecia un nicho en la *incisura angularis* del estómago, de caracteres sospechosos de neoplasia; no se practicaron radiografías de mucosa. Repetida la exploración radiológica a instancias nuestras, las radiografías de mucosa revelan una neoplasia que invade toda la cara posterior del estómago, desde cardias a pí'oro, con incontinencia pilórica; bulbo duodenal normal. El sondeo gástrico con histamina pone de manifiesto anaclorhidria con Weber positivo en todas las extracciones, y el examen del sedimento del jugo gástrico (técnica de Papanicolau), células de caracteres neoplásicos (Dr. Roca de Viñals).

Es probable que este enfermo tuviese una úlcera gástrica y no una úlcera duodenal como le diagnosticaron después de la primera hemorragia, y lo más verosímil es que tal úlcera gástrica actualmente haya degenerado en cáncer.

Se insiste una vez más en la necesidad de explorar cuidadosamente a los enfermos, tanto desde el punto de vista clínico (*pasó inadvertido un tumor palpable*) como radiológico (*pasó inadvertida una extensa neoplasia de la cara posterior del estómago*). La evolución u'terior del caso confirmó el diagnóstico. El paciente falleció, transcurridos tres meses, con metástasis hepáticas, en el fondo de saco de Douglas y en el ganglio supraclavicu'ar izquierdo.

SESIÓN DEL DÍA 27 DE MARZO DE 1958

RECORDER - CLAVELL, L. — «DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LA HERNIA DEL HIATO ESOFÁGICO DEL DIAFRAGMA.»

La experiencia adquirida del estudio clínico y radiológico de más de 100 casos de hernia hiatal en el adulto, permite decir, en principio, que la frecuencia de hernias asintomáticas no es tanta como pretenden ciertos autores, y que el catalogarlas como tales es debido muchas veces a un interrogatorio deficiente de los enfermos.

En la mayoría, la anamnesis ofrece una sintomatología que orienta a la hernia hiatal de manera muy precisa, y en especial aquellas que se acompañan de una alteración del mecanismo de continencia cardial, y que son con mucho las más frecuentes, presentan un cuadro clínico muy característico.

Incluso en aquellas formas clínicas cuyas manifestaciones más aparentes son extradigestivas, principalmente cardíacas, pueden obtenerse datos, cuyo conocimiento y justa valoración permiten sospechar el diagnóstico desde un comienzo.

SESIÓN CLÍNICA DEL DÍA 10 DE ABRIL DE 1958

GRAÑÉN, E. — «COMENTARIOS AL FILM CIENTÍFICO OVER DEPENDENCY (SOBRE PROTECCIÓN).»

Se presenta el film *Over Dependency* (National Film Board of Canadá. Véase sesión del 20 de marzo de 1958), en el que se relata a grandes rasgos el proceso psicoterápico seguido en el caso de un enfermo afecto de estado depresivo con expresión de importantes manifestaciones funcionales: molestias gastrointestinales, palpitaciones, cefalalgias, dolores musculares diversos, sudoración nocturna, astenia, anorexia, etc., que repercuten negativamente y en forma notable en el curso de su vida laboral, social y familiar.

Se destacan los principales elementos etiopatogénicos (frustraciones precoces, sobreprotección, etc.) que presenta el caso, así como las diferentes fases por las que transcurre la terapia (desarrollo de las sesiones, sueños, etc.) y se discuten estos puntos, especialmente los que se refieren al tratamiento.

Sesión clínica del día 17 de abril de 1958

GALLART-ESQUERDO, A. — «Cáncer del hígado.

En nuestra práctica profesional por cada cien cánceres metastásicos del hígado observamos aproximadamente cinco cánceres primitivos, siendo más frecuente el hépatocelular, que el colangiocelular y el mixto.

A pesar de que la cirrosis hepática es bastante frecuente en nuestro país, hemos visto pocos cánceres primitivos del hígado consecutivos a ella. No obstante, el número de necropsias que hemos podido practicar es demasiado exigua para sentar conclusión alguna.

Creemos que el procedimiento más útil para corroborar el diagnóstico de cáncer primitivo del hígado, inicialmente sentado por la clínica, es la punción-biopsia hepática.

Para nosotros, los datos que proporciona la exploración física del abdomen son todavía los que poseen más valor para sentar el diagnóstico de cáncer metastático del hígado. En la mayoría de nuestros casos, los datos que nos suministró la clínica fueron mucho más útiles que los de la punción-biopsia hepática para determinar la localización del tumor primitivo. Creemos que en el cáncer metastásico del hígado la laparoscopia sólo debe utilizarse en aquellos casos excepcionales en que la clínica y la punción-biopsia no han aclarado el diagnóstico.

Sesión del día 22 de mayo de 1958

SUEIRAS FECHTENBURG, A.—«Rectosigmoiditis gangrenosa.»

El caso de la presente sesión es de un enorme interés social, dado que se trata de un niño de tres años de edad, portador de un ano contra natura, transverso derecho, el cual tuvo que practicársele, a fin de desfuncionalizar el intestino, por presentar cinco perforaciones consecutivas a rectosigmoiditis gangrenosa.

Expuesta la historia clínica, se revisan sus posibles causas etiopatogénicas:

1.º ¿Se trata de una rectosigmoiditis gangrenosa por gérmenes anaerobios, cuya puerta de entrada ha sido una o unas ulceraciones ocasionadas por el paso de heces duras (niño estreñido desde nacimiento), o una herida o quemadura producida por la cánula o por al agua caliente del enema que le administró su madre? O bien, ¿el responsable de las ulceraciones ha sido un componente vascular de tipo infartoide consecutivo a una excitación anormal de los nervios vasomotores y secretores de origen psíquico (antecedentes de susto), en cuyo caso constituiría una complicación de la rectocolitis mucohemorrágica? Se exponen unas radiografías en las que se observa la falta de haustración y la presencia de un fino dentellado colónico, imágenes que se han considerado como patognomónicas de la colitis ulcerosa, pero que también se presentan, como señala muy bien Badosa, en todos los casos en que el colon está desfuncionalizado.

2.º Fanconi describe una enteritis gangrenosa que denomina «necroticans», producida por el bacilo enterotóxico anaerobio de Zeissler y que afecta, sobre todo, a niños pequeños y lactantes.

3.º La disentería bacilar produce también lesiones ulcerosas, limitadas casi siempre al intestino grueso, que en fase crónica semejan el cuadro aparentemente inespecífico de una colitis ulcerosa, pues no se encuentran gérmenes disentéricos.

4.º La invaginación sigmoidea crónica y recidivante descrita por William B. Kiesewetter, Richard Cancelmo y C. Everrett Koop, de Filadelfia, propia de los constipados crónicos, que repetidamente tienen que realizar esfuerzos para deponer, raramente se acompaña de compromiso vascular.

¿Se puede cerrar el ano contra natura? En primer lugar, se plantea el problema del diagnóstico etiológico de dicha rectosigmoiditis, pues en el caso de que se tratase de una colitis ulcerosa, al suprimir el ano contra natura podrían ocasionarse, al recidivar, complicaciones fatales.

Y, en segundo lugar, existe otro problema, pues en la actualidad el segmento rectosigmoideo presenta una estenosis cicatrizal similar a una atresia rectal extensa del tipo I de Gross, que intentaremos corregir mediante dilataciones y córticoterapia. De no conseguirlo, se planteará el tipo de intervención quirúrgica a practicar para suprimirla: la resección por vía abdominal es prácticamente imposible, dado que el segmento distal sólo tiene unos dos centímetros de longitud.

La anastomosis por intususcepción tiene el peligro de ocasionar una encopresis por lesión anatómica o funcional del aparato esfinteriano. Sin embargo, recientemente (*Journal de Chirurgie*, enero 1958, pág. 23), Richard-René y Reignier han descrito un método de plastia esfinteriana utilizando el músculo recto interno del muslo, que podría asociarse a la intususcepción en caso de incontinencia fecal.

Por último, la extirpación del segmento estenosado descendiendo el cabo proximal a través del túnel distal, como si se tratase de una atresia rectal del tipo III de Gross, sería, a nuestro modo de ver, la conducta quirúrgica que ofrecería mayores garantías.

Sesión del día 29 de mayo de 1958

GALLART-ESQUERDO, A.—«Impresiones de mi asistencia a las III Jornadas Venezolanas de Gastroenterología y al VI Congreso Panamericano de Gastroenterología, celebrados en Caracas del 8 al 16 de mayo de 1958..»

Después de hacer un relato somero, pero documentado con numerosas proyecciones en negro y colores, sobre la impresión turística que le produjo la ciudad de Caracas, sus alrededores y sus incomparables playas, el conferenciante pasa a ocuparse de los temas tratados en las III Jornadas Venezolanas de Gastroenterología y en el VI Congreso Panamericano de Gastroenterología.

Para ambos certámenes, los temas fueron los siguientes: 1) Hígado bilharziano. 2) Cirugía de las vías biliares. 3) Cáncer del hígado. 4) Parasitosis.

En las Jornadas Venezolanas estos temas fueron estudiados exclusivamente por autores del país, demostrando el profundo conocimiento que poseen de tales materias. Llamó poderosamente la atención del conferenciante una magnífica película en colores sobre el papel que desempeñan los tricocéfalos en la producción del prolapso rectal.

El VI Congreso Panamericano de Gastroenterología fué inaugurado solemnemente en la sala de conciertos de la incomparable Ciudad Universitaria de Caracas. Después de unas palabras de apertura, del señor ministro de Sanidad y Asistencia Social, tomaron la palabra los doctores Benedito Montenegro, presidente de la Asociación Interamericana de Gastroenterología; Joel Valencia Paparcén, presidente del Congreso; Norberto Stapler, secretario general de la Asociación Interamericana de Gastroenterología; Laureano Falla, presidente electo de la Asociación Interamericana de Gastroenterología, y Carlos Estapé, en nombre de los médicos de habla hispana.

El Congreso se desarrolló en un ambiente de gran camaradería, y se estudiaron con toda detención, y en forma verdaderamente exhaustiva, los mismos temas tratados en las Jornadas Venezolanas, a base de conferencias y de comunicaciones.

La representación española estaba constituída por los doctores T. Hernando, H. G. Mogena, E. Oliver Pascual, J. García Morán y el que os dirige la palabra.

El doctor Joel Valencia Paparcén, presidente del Congreso, fué un presidente perfecto, que desplegó una actividad de verdadero titán, y a él se debe principalmente el éxito extraordinario que alcanzó el certamen. Su dignísima esposa fué una colaboradora insustituíble, que se desvivió por hacernos agradable nuestra estancia en Caracas, y no es necesario decir que lo logró con creces.

No quiero terminar estas palabras sin dar las más expresivas gracias al doctor Valencia Paparcén, a su esposa y a los médicos venezolanos en general, por las atenciones innumerables que tuvieron para todos los colegas españoles invitados al Congreso.

Sesión del día 19 de junio de 1958

BALAGUÉ FORMIGUERA, J.—«Diverticulosis del intestino. Generalidades.»

Los divertículos del intestino son formaciones sacciformes formadas a expensas de la pared del mismo, en comunicación con la luz de aquél. Generalmente están constituídos por mucosa y submucosa herniadas, a través de los intersticios de la muscular y recubiertos en su parte exterior por la serosa. Sólo raramente el divertículo contiene todas las capas de la pared intestinal.

La evolución histórica de esta afección comprende tres períodos bien limitados. El primero, puramente anatómico, pertenece a Morgagni; el segundo, anatómico descriptivo y etiopatogénico, a Cruveilhier y Graser, y el tercero, de gran avance radiológico y clínico en 1920.

La diverticulosis no causa molestias. Es descubierta casualmente en exploraciones radiológicas, intervenicones o necropsias. Describimos este estado como *malformación*. Cuando un proceso inflamatorio asienta en uno o varios divertículos da lugar a la *enfermedad* o diverticulitis.

Para evitar una serie de confusiones, proponemos la clasificación siguiente: divertículos primitivos y secundarios; los primeros pueden ser congénitos (el de Meckel) y adquiridos; los secundarios, debidos a lesión intrínseca (por ejemplo, ulcus) o extrínseca (por ejemplo, tracción).

Durante el transcurso de un año, que hemos buscado con mayor detenimiento las formaciones diverticulares intestinales, hemos observado doce casos de ellos, lo que representa el 4 por ciento de las exploraciones radiológicas intestinales practicadas. Afección poco frecuente antes de los 40 años, aumenta con la edad. En una serie de setenta y cinco casos, el paciente más joven tenía 36 años, y el mayor, 81. No existe predisposición por el sexo. Hay mayor tendencia a sufrirlos las personas con hábito constitucional adiposo, y un discreto predominio en los estreñidos. En el 69 por ciento de los casos de nuestra casuística la localización fué en colon sigmoide. Representados numéricamente en un gráfico, desde el ángulo duodenoyeyunal al recto, se pone en evidencia que la diverticulosis dis-

minuye en sentido distal en el intestino delgado; al contrario, *aumenta* en sentido distal en el colon. La porción terminal del íleon y el recto son las menos afectadas.

Sesión clínica del día 26 de junio de 1958

RECODER-CLAVELL, L. — «Consideraciones sobre el diagnóstico diferencial de la hernia del hiato esofágico del diafragma.»

Uno de los aspectos más interesantes del diagnóstico diferencial de la hernia del hiato consiste en valorar las manifestaciones clínicas del enfermo cuando en él coexisten, junto con la hernia hiatal, otras enfermedades del compartimiento supramesocólico del abdomen.

De la exposición de varias historias clínicas de pacientes que además de una hernia hiatal están afectos de úlcera gastroduodenal, colecistitis o cáncer gástrico o esofágico, se deduce que es posible sospechar con gran fundamento la coexistencia de ambas afecciones antes de recurrir a las exploraciones complementarias.

Cuando la enfermedad que coincide con la hernia hiatal es una úlcera gastroduodenal o una colecistitis, la apreciación adecuada de la sintomatología atribuible a cada una de las afecciones permitirá orientar correctamente el tratamiento.

Parece indudable que cierto tipo de hernia del hiato, por intermedio de las complicaciones a que da lugar, puede facilitar el desarrollo de un cáncer a nivel de la unión cardioesofágica. El conocimiento de esta posibilidad obliga a seguir de cerca estos enfermos y a aconsejar muchas veces la cura radical de la hernia para prevenir tal eventualidad.

Sesión clínica del día 10 de julio de 1958

SUBIRANA, A. — «Sobre nuevos casos de enfermedad de Sturge-Weber. Particularidades de su estudio electroencefalográfico.»

No es la intención del comunicante realizar un examen exhaustivo de la sintomatología dermatológica, neurológica, anatomopatológica y radiológica de la mal llamada enfermedad de Sturge-Weber, ya que en otros lugares ha dedicado particular atención a esta forma de displasia neuroectodérmica congénita, sobre la que viene interesándose desde 1932, en que publicó el primer caso nacional: 1) Un angioma congénito cutáneo de distribución trigeminal que cubre una parte más o menos extensa de una hemicara. 2) De transtornos neurológicos controlaterales (hemiparesia, crisis convulsivas, etc. 3) Calcificaciones intracerebrales objetivables a la radiografía bajo el aspecto de sombras giriformes de doble contorno, localizadas preferentemente en la región parieto-occipital. 4) Un glaucoma congénito que, si es considerado por muchos como formando parte íntegra de la afección, cree el autor que es puramente contingente.

La presentación con su colaborador L. Oller-Daurella de «Un estudio comparativo de ciertos hallazgos clínicos, radiográficos y electroencefalográficos en la angiomatosis encéfalo-trigeminal», basado en veintiún casos personales, al reciente Coloquio Internacional sobre epilepsia (Marsella, noviembre 1958), da pie al autor para insistir sobre ciertos aspectos de las anomalías electroencefalográficas que considera características de esta afección y que le han permitido en ocasiones preveer el futuro desarrollo de la calcificación intracerebral.

Radiografías, trazados EEG y un film en color ilustran esta comunicación.

GALLART-ESQUERDO, A., y SERIÑANA BAYER, J. M.ª — Cirugía de las vías biliares.»

No pretendemos pasar revista a todas las afecciones de la vesícula y las vías biliares que requieren tratamiento quirúrgico. Nos ocuparemos únicamente en las siguientes:

1. *Colecistitis aguda.* — Nuestro criterio ante una colecistitis aguda grave (empiema o gangrena vesiculares) que discurre con síntomas de intoxicación general, fiebre elevada, escalofríos, taquicardia, defensa muscular localizada y dolor vivo en el hipocondrio derecho, etc., es decididamente quirúrgico, y la intervención debe practicarse cuanto antes mejor. En algunos casos aceptamos la expectativa con la intención de operar en frío, pero siempre a condición de que el enfermo esté ingresado en un centro quirúrgico. Consideramos a la colecistectomía la operación de elección y a la colecistostomía la operación de necesidad. Aconsejamos la exploración sistemática de las vías biliares (colangiografía operatoria) porque la colecistitis aguda no excluye la presencia de uno o más cálculos coledocales.

2. *Litiasis vesicular.*—No aconsejamos la intervención quirúrgica sistemática en la colecistitis calculosa, porque un tanto por ciento elevado de pacientes mejoran y otros quedan asistomáticos con tratamiento dietético-medicamentoso, incluyendo el hidromineral. La operación de elección es la colecistectomía, y siempre aconsejamos la exploración manual y por colangiografía operatoria de las vías biliares.

3. *Litiasis residual del colédoco.*—La mayoría de casos requieren la reintervención quirúrgica; casi siempre recurrimos a la papilotomía transduodenal con desagüe externo, a veces transpapilar, del conducto hepatocolédoco.

4. *Obstrucciones del colédoco debidas a pancreatitis crónica.*—Si, como ocurre de ordinario, la vesícula biliar contiene cálculos, los mejores resultados se obtienen, según nuestra experiencia, con la colecistectomía seguida de coledocoduodenostomía, previa extracción de los cálculos coledócicos si los hubiere.

5. *Colecistitis alitiásicas.*—Según nuestra experiencia, son muy poco frecuentes y deben tratarse médicamente, salvo en casos excepcionales.

6. *Síndrome postcolecistectomía.*—En casi todos los casos es provocado por lesiones de la vía biliar principal, sobre todo por cálculo o cálculos olvidados en el conducto hepatocolédoco, y con mucho menor frecuencia por auténticas recidivas calculosas en este conducto, coledocitis, odditis esclerorretráctil, pancreatitis crónica estenosante, etc.

7. *Problemas no resueltos en cirugía biliar.*—Dejando aparte la atresia de los conductos biliares intra y extrahepáticos, creemos que los grandes problemas que plantea la cirugía biliar, son: los tumores malignos de la vesícula y las vías biliares, sobre todo los que radican por encima del conducto cístico; las heridas operatorias de las vías biliares extrahepáticas y las fístulas a ellas consecutivas, y la litiasis intrahepática.

SOCIEDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE CASTILLA

Sesión en Santander, 9 noviembre 1958

Bajo presidencia del doctor Fernández-Ruiz, Rodríguez Cabelló, León y del Inspector Provincial de Sanidad.

El doctor Rodríguez Cabello-Soto expuso comentarios a un caso de *rotura uterina silenciosa en una cesareada,* con total ausencia de síntomas, feto muerto, operada por cesárea y curación. Recoge la estadística de la Maternidad de Santander con diez roturas uterinas entre 475 cesáreas, y hace consideraciones sobre las mismas.

Con este motivo se trata en mesa redonda la conducta a seguir en las cesareadas:

Discusión

Molinero. — En general, esperar parto de prueba vigilado en la sala de operaciones con instrumental preparado.

Morais. — Parto de prueba vigilado y fórceps bajo en período expulsivo, con revisión de cavidad uterina para comprobar posibles dehiscensias, según criterio de la Maternidad de Barcelona.

Rodríguez Cabello.— Dice que la cesárea está hoy facilitada por el perfeccionamiento técnico, antibióticos, etc.

Fernández Ruiz. — Llama la atención sobre la excesiva prodigalidad de la cesárea que se observa en los últimos años, considerándo'o un error y un peligro; invita a los Jefes de Servicios a que inculquen a los jóvenes médicos la mayor prudencia en las indicaciones con criterio restrictivo.

Molinero. — No es partidario de la revisión sistemática de cavidad después de parto si no hay nada que lo aconseje.

Rubira. — Cree que las cesáreas han aumentado por la influencia de los pediatras, que tienden a atribuir alteraciones mentales ulteriores a la evolución de los partos intervenidos por vía baja.

El doctor Morais Luque expone *su experiencia sobre 91 anestesias caudales y microcaudales* en obstetricia, con 71 resultados positivos y 20 fracasos, detallando técnica, indicaciones y contraindicaciones; sus ventajas e inconvenientes. En conjunto, es partidario de esta anestesia, y se refiere a la experiencia de la Maternidad de Barcelona en mil casos. Cree que la anestesia microcaudal con el vacum extractor es una excelente combinación en la dirección del parto.

Discusión

Garzo. — La considera poco práctica y de técnica engorrosa.

Campano. — En una tesis doctoral que se hizo en su Servicio se encontraron un 30 por ciento de dificultades. Se refiere a las dificultades por anomalías óseas. No es técnica sencilla ni práctica, aunque en algunos casos es útil; él la abandonó en su clínica.

El doctor Fernández Ruiz expuso *su impresión sobre la moderna metódica en la dirección del parto*: preparación psicofísica y especialmente respiratoria, dirección medicamentosa, oxigenación artificial, extracción con ventosa (vacum-extractor). Detalló con proyecciones la técnica extractor, y dió sus impresiones, muy favorables a este método, que es el mismo que vió en el Servicio de Pigeaud, en Lyon.

El doctor León, Secretario General de la Sociedad, dió cuenta de la labor realizada en

estos dos años en las sesiones efectuadas en Valladolid, Salamanca, Burgos, León y Santander. Cumplido el tiempo reglamentario, por aclamación de todos los presentes y votación de los ausentes, fué reelegida la misma Junta Directiva:

Presidente, doctor César Fernández-Ruiz.
Vicepresidente, doctor Rodríguez Cabello.
Secretario General, doctor León Alvarez.
Tesorero, doctor Agudo Cuesta.
Vocales, doctores Besto, Almendral, Useres y Población.

La Junta Directiva invita a todos los especialistas de Castilla que todavía no figuren en la Sociedad, a colaborar en sus tareas, enviando sus inscripciones, que lo son a la vez de la Sociedad Ginecológica Española, al Secretario General doctor León Alvarez, calle Generalísimo Franco, 10. Valladolid.

La Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Castilla tuvo el sentimiento de conocer el fallecimiento de su compañero doctor Arzuaga, de Azcoitia, que fué un entusiasta socio fundador de las misma, y había prestado una asidua y simpática colaboración con sus aportaciones.

HOSPITAL MUNICIPAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Reuniones del Cuerpo Facultativo

Barcelona

Sesión del día 14 de noviembre de 1958

TORRES DE GASSÓ, J. — «La rehabilitación del sordo. Las presbiacusias.»

El sordo como inválido de la audición debe rehabilitarse socialmente. La sordera puede ser, según el período de su aparición: prelocutiva (antes de aprender a hablar), en cuyo caso traerá como consecuencia trastornos de lenguaje, que pueden llegar, según su grado, desde la inaparición del habla (audimudez), hasta trastornos en la maduración del lenguaje. La rehabilitación deberá ser conseguida mediante la oportuna reeducación, como puede verse en los gráficos proyectados.

La sordera puede ser postlocutiva, y según los grados y características podrá conseguirse la rehabilitación: *a*) mediante técnicas quirúrgicas (cuando la conducción ósea sea buena), *b*) mediante técnicas de aplicación de prótesis de ayuda auditiva (audífonos), *c*) mediante técnicas de aprendizaje en la lectura labial.

El problema de las presbiacusias. Toda persona, por razón de su edad, tiene una involución fisiológica de su órgano de Corti. Así como la presbicia acondiciona a la visión lejana, la presbiacusia acondiciona a la llamada audición confortable, como pueden ver en esta proyección explicativa de las audiciones mínimas, confortables, e inconfortables y de los llamados diámetros de intensidad. Y así como el présbita precisa de una prótesis visual para acondicionar a la visión próxima, el presbiacúsico precisa una prótesis auditiva para tener una agudeza auditiva normal. Sólo se colocan prótesis a aquellos viejos cuya sordera es ya grande. En tales casos hay un verdadero problema a resolver, cual es no tener en cuenta el grado de esclerosis sufrido por el llamado «arco sensorial auditivo» (proyección de un microfilm), ya que siendo la palabra portadora de un mensaje, puede suceder que aunque se mejore la audición, no se mejore el estado funcional de la corteza cerebral, y, por tanto, no pueda reconocer el mensaje que la palabra encierra. Explicación del fenómeno del «recruitment», en los casos de involución sonora del órgano de Corti, y de la distorsión perceptiva de los tonos. Se expone cómo la prótesis auditiva aumenta estos trastornos, y el motivo por el cual el viejo que es muy sordo y que es un escleroso se siente en ciertos casos poco aliviado con su prótesis. Se exponen consejos para una buena aplicación de prótesis en los viejos.

TRUJOLS QUERALTÓ, A. — «Las mercaptopurinas en la leucemia.»

El estudio del metabolismo muscular ha progresado ostensiblemente en estos últimos años, y reviste cada vez mayor importancia en el campo de la cardiología para la determinación de ciertas insuficiencias miocárdicas.

Nuestra comunicación viene a corroborar este hecho al presentar un caso de trastorno metabólico generalizado del músculo cardíaco en una joven de 18 años, que indujo a suponer, clínicamente, la existencia de una cardiopatía maligna, de evolución aguda.

A su ingreso en el Servicio de Cardiología de nuestro Hospital con la duda diagnóstica entre endocarditis maligna o reumática evolutiva, se observó un evidente trastorno muscular cardíaco metabólico, profundo y generalizado, desencadenado por estar afecta dicha paciente de una leucemia aguda blástica de la serie mieloide. La enferma ingresó con todas las características de estos cuadros agudos, incluyendo una de sus complicaciones más frecuentes, las hemorragias (en forma de menometrorragias copiosas), y fuerte anemia.

Sometida dicha enferma a un tratamiento mixto con 6-mercaptopurina y prednisona, hemos asistido a una remisión completa del cuadro hemático: los leucocitos se han normalizado, lo mismo en número que en los tantos porcentuales de la fórmula en sangre periférica; la anemia ha desaparecido completamente, y en la punción esternal no se observa elemento alguno blástico leucocitario, como pueden ver en las proyecciones. En el momento actual la remisión es tan sorprendente que resulta imposible, ante un examen hemático, clasificar a dicha enferma como leucémica.

Paralelamente a la mejoría clínica y hematológica, el cuadro cardiológico ha ido cediendo rápidamente, desapareciendo las anomalías clínicas y electrocardiográficas que existían.

Por su extrema rareza creemos oportuno señalar este caso de total remisión hematológica en un adulto con cuadro agudo, maligno, de los que suelen conducir al «exitus» tras rápida evolución, convirtiendo la dolencia aguda en una forma crónica, de evolución más lenta y duradera. Así obtenemos la posibilidad de aplicar las nuevas medicaciones que aparezcan y con ello conseguir la total curación del paciente.

MANCHÓN AZCONA, F. — «Nuevos sistemas para registrar la imagen radiográfica.»

La representación de la imagen radiográfica o radioscópica hasta hace pocos años no tenía más que dos sistemas: la radioscopia y la radiografía. En la radioscopia los rayos X excitan la fluorescencia de un barniz conteniendo cristales de substancias fluorescentes. La radiografía, impresionando la emulsión fotográfica.

El primer sistema de registro de la imagen radiográfica diferente de los anteriores, apareció hace unos ocho años con el llamado «intensificador de imágenes». Este instrumento consiste esencialmente en una pantalla fluoroscópica de la que se arrancan los electrones periféricos por atracción de un campo eléctrico de elevado potencial. Los electrones acelerados pasan a través de una lente electromagnética y se proyectan sobre una pequeña pantalla, en la que reproducen la imagen de la primera pantalla con una intensidad de luz de 1.000 a 2.000 veces mayor. Esta imagen reducida y superluminosa se puede retratar y filmar con películas de poca sensibilidad a la luz, y todo ello con intensidades muy inferiores a las de la radioscopia normal. También puede recogerse esta imagen en un aparato de televisión con unas características de luz, contraste y tamaño variables a voluntad.

Otro sistema de registrar la imagen e intensificar la luz es la apntalla electroluminescente. Aprovechando la propiedad de las substancias llamadas fotoconductores y de las electroluminescentes, se intenta la fabricación y perfeccionamiento de una pantalla compacta, de precio asequible, formada por la superposición de dos caras: la primera, fotoconductora, en la que al pasar los rayos X, se varien en cada punto de su superficie la conductibilidad en proporción a la radiación recibida, y la segunda, electroluminescente, a la que llegará la electricidad que pasa a través de la pantalla anterior, con intensidades diferentes proporcionales a la conducción en cada punto de la pantalla primera. La iluminación de las substancias electroluminescentes está en proporción a la intensidad de la corriente que pasa por ellas. Este sistema es objeto de numerosos trabajos y se encuentra aún muy lejos de su perfeccionamiento y aplicación médica.

DOMENECH ALSINA, A, y ALIER OCHO, A. — «Síndrome neurálgico cérvicobraquial por artritis esternoclavicular.»

En una paciente con un síndrome de neuralgia cérvicobraquial que había sido sometida sin éxito a toda suerte de tratamientos médicos, a infiltraciones del ganglio estrellado, del plexo cervical y de la articulación escápulohumeral, y a diferentes formas de terapéutica física: onda corta, infrarrojos, se descubrió al practicar una exploración correcta una artritis de la articulación esternoclavicular derecha.

Después de la resección de la extremidad interna de la clavícula, desaparecieron completamente las manifestaciones dolorosas. La paciente, cuyo estado general había llegado a alterarse bastante, se repuso rápidamente y por completo.

Funcionalmente el resultado fué perfecto.

ALEMANY VALL, R. — «Notas clínicas sintomatológicas.»

Se presentan ocho historias clínicas que ofrecen particularidades que las hacen inhabituales. En dos casos, procesos respiratorios antiguos no específicos, la respuesta a los antibióticos es espectacular. En otros dos, que se tenían por sensibles a los antibióticos, por los violentos choques que su

administración les producía, con aparición de extensas erupciones cutáneas, etc., resultaron ser sensibles a la procaína. En dos sujetos, los plásticos con que estaban construídas las prótesis dentales que llevaban, ocasionaban reacciones alérgicas locales muy manifiestas, sin eosinofilia ni otras alteraciones hemáticas ni generales. Los dos últimos casos son dos eczemas, uno de manos, no propiamente alérgico, y el segundo de eczemas palpebrales en el que se hallaron lamblias en las heces, y que curó con pomada de hidrocortisona cuando se le administró resochin como antiparasitario.

COMAS FUNALLET, J.; VILARRASA COCH, J., y CANTENYS CERVERA, J. — «TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE LA VULVA.»

EL cáncer de la vulva es una afección rara que, por la riqueza en linfáticos de la región, recidiva con frecuencia.

Se aportan cuatro casos observados entre 900 enfermas ginecológicas del Servicio de Cirugía de este Hospital.

Tres fueron tratadas mediante vulvectomía con electrobisturí, vaciado inguinal y roentgenterapia. Un caso fué tratado exclusivamente con roentgenterapia.

Las cuatro enfermas están libres de recidivas con supervivencia de seis y medio, cuatro, tres y dos años, respectivamente.

HEREDIA TOVIAS, J. — «RESULTADOS COMPARATIVOS DE LA INYECCIÓN INTRAARTICULAR DE HIDROCORTISONA EN LA CADERA Y EN LA RODILLA.»

LA fenilbutazona y la hidrocortisona han resultado ser, entre las medicaciones antirreumáticas conseguidas en los últimos años, las de mayor eficiencia.

El acetato de hidrocortisona en su aplicación intraarticular, preferentemente en los procesos artrósicos, supera en rendimiento y eficacia de manera considerable a los preparados ciásicos, refiriéndose esta comunicación a su utilización en las localizaciones de cadera y rodilla, en enfermos del dispensario, y cuyos resultados son, en cierto sentido, sensiblemente distintos de una a otra articulación.

La dosis de hidrocortisona aplicada a la cadera, por punción anterior, ha sido de uno y medio centímetro cúbico, y para la rodilla, por vía lateral o anterior, de un centímetro cúbico, creyendo, después de la revisión efectuada, que no es necesario inyectar mayor cantidad en la cadera, ya que esta articulación es bastante menor que la rodilla, y que la inseguridad de penetrar en la coxo-femoral no se compensa con el aumento de medio centímetro cúbico a la vista de los efectos obtenidos.

La tolerancia de las inyecciones ha sido, generalmente, muy buena en ambas articulaciones, no habiéndose provocado en ningún caso artritis séptica.

Los resultados inmediatos (considerados desde el momento de la inyección hasta los tres días de la misma) en cuanto a acción antiálgica, son similares en las dos articulaciones. Pero no así los tardíos, puesto que las mejorías en las gonartrias triplican las de las coxartrias.

Siendo todavía más ostensible la diferencia en cuanto a la movilidad articular, pues la rodilla se recupera totalmente en un 60 por ciento de los enfermos, mientras que la cadera queda prácticamente igual o se obtienen mínimas mejorías.

Estas divergencias pueden achacarse a dos factores: la dificultad de penetrar en la articulación de la cadera por punción (se calcula que en el cadáver se llega sólo en un 67 por ciento) y las características anatómicas bien distintas de las dos regiones. Mayor y más íntimo contacto entre cabeza femoral y cotiloides que entre cóndilos femorales y cavidades glenoideas; mayor protección muscular en la cadera que en la rodilla, con el inconveniente en aquella de sufrir en grado superior los efectos contracturantes secundarios, tan importantes en el cuadro artrósico.

En consecuencia, somos de la opinión que la punción de la cadera debe practicarse bajo control radioscópico, puesto que hemos comprobado una mayor eficacia en los casos tratados con esta técnica. Además que no debe demorarse la terapéutica funcional de movilización, antes bien disponerla precozmente, ya que el problema definitivo y de mayor trascendencia en la coxartria es la disminución de la movilidad, resultando hasta ahora el menos conseguido.

ALEMANY VALL, R. — «ALGO SOBRE BIOCLIMATOLOGÍA.»

LA bioclimatología del ambiente, es decir, el microcosmo, tiene suma importancia para el individuo, tanto en el sentido de mal como de bien. Esta acción desfavorable se nota en ciertos barrios urbanos-industriales, en que se forman aerosoles naturales y con ello neoformación de substancias que causan o prolongan crisis riníticas o asmáticas; en medios caseros, este aire cargado y enrarecido de elementos nobles apenas se desplaza y es rico en iones positivos.

Se ha visto, en el hombre y experimentalmente en conejos, que la ionización positiva disminuye el movimiento ciliar de las células nasales y traqueales, seca las mucosas respiratorias, favorece su contracción, etc. En cambio, los iones negativos ayudan a la secreción del moco, dilatan los bronquios, etc.

De ahí que se han utilizado aparatos de ionización para aliviar las molestias de los alérgicos. Nosotros nos hemos valido de uno, cedido gentilmente por la casa Wesix Electric Heater C.º, de San Francisco, a base de Tritium, un isótopo del hidrógeno, el hidrógeno superpesado, que emite partículas Beta de baja energía, las cuales ionizan el aire vecino. Puédese a voluntad, mediante un conmutador, obtener iones positivos o negativos; casi siempre utilizamos estos últimos. Este Tritium tiene doce años y medio de actividad.

Esta ionización negativa, como terapia actúa bien en enfermos riníticos y asmáticos. Creíamos, hace tiempo, en el simple y único origen interno de estas últimas crisis, en una acción vagotónica nocturna, pero se observa que con la ventilación del dormitorio no aparecen los ataques o bien son pequeños, debido al anhidrido carbónico del aire viciado.

En unos diez asmáticos, puesto este aparato en su dormitorio, las crisis de noche no reaparecieron, no necesitaron los supositorios de eufilina, etc. Con la ionización algunos enfermos notaban prurito nasal.

La clínica y la terapia usuales conservan todo su valor, pero este método terapéutico de ionización es un auxiliar poderoso.

En el extranjero se emplean estos métodos terápéuticos, aerosoles artificiales, etc., para sanear los ambientes industriales, el aire enrarecido de habitaciones, e incluso como agente precipitante de partículas de cuarzo en minas, para impedir así la silicosis. Quizá el día de mañana estos métodos u otros podrían utilizarse en algunas zonas urbanas-industriales de nuestra ciudad, en las que viven bastantes asmáticos, los cuales lo son no solamente por alergenos, sino también por substancias ligeramente tóxicas formadas por los aerosoles naturales, por el momento de anhídrido carbónico, y quizá también por la ionización positiva, presente casi siempre en el aire enrarecido y con poco movimiento.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 395 - TOMO LXVII
FEBRERO 1959
SECCIÓN VARIA

MEDICINA E HISTORIA

LA OBRA DE ANDRÉS ALCÁZAR

POR EL

DR. LUIS S. GRANJEL

CATEDRÁTICO DE HISTORIA DE LA MEDICINA EN LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

I

ENTRE los cirujanos españoles del siglo XVI, no fué Andrés Alcázar de los que menos renombre alcanzaron ni quien menos merece un estudio de su obra. A despecho del carácter casi monográfico del único libro que escribió, consagrado, como se verá, a la clínica de las heridas, la claridad y el rigor de su exposición, la novedad también de sus opiniones, hacen que el nombre de su autor pueda equipararse al de otros cirujanos de su tiempo con más dilatada fama profesional, así Hidalgo de Agüero y Juan Fragoso, Dionisio Daza Chacón o Francisco Díaz, entre otros.

De su vida, como ocurre con tantos médicos de la época, ignoramos datos tan importantes cuales son las fechas de nacimiento y muerte; sabemos que su existencia histórica tuvo por marco los años de la segunda mital del *Quinientos*. Nació en Guadalajara [1]; recibió las primeras enseñanzas de cirugía en esta ciudad, siendo su maestro un práctico en tal quehacer llamado Antonio, con cuya hija casó su discípulo años después, y más tarde concurrió a las aulas de la Universidad de Salamanca, donde completó su formación estudiando Filosofía y Medicina. Ejerció la profesión en las ciudades castellanas de Avila y Segovia y también en su ciudad natal, a la que regresó un día. En la Universidad salmantina regentó la cátedra de Cirugía desde su instauración, en 1568, y posiblemente hasta 1585. Vidal afirma ostentó, asimismo, durante algún tiempo, el título de catedrático de Prima de Medicina, dato éste que Esperabé, citándolo [2], confiesa no ha podido confirmar documentalmente. La provisión de la cátedra de Cirugía, para la que fué nombrado Andrés Alcázar, no se realizó sin contratiempos, como lo testifica una orden real

1 Sobre la vida y la obra de Andrés Alcázar han escrito Nicolás Antonio (*Biblioteca Hispana Nova*, I: 69; Madrid, 1783); A. Hernández Morejón (*Historia bibliográfica de la Medicina española*, III: 213-20; Madrid, 1843); A. Chinchilla y Piqueras (*Anales históricos de la Medicina en general*, I: 386-95; Valencia, 1841; J. Catalina García (*Biblioteca de escritores de la Provincia de Guadalajara*, 10; Madrid, 1899); E. Esperabé Arteaga (*Historia pragmática e interna de la Universidad de Salamanca*, II: 320; Salamanca, 1917); E. García del Real (*Historia de la Medicina en España*, 167-71; Madrid, 1921), y R. Vara López (*La craniectomía a través de los siglos*, 75-80; Valladolid, 1949).

2 E. Esperabé Arteaga: *Op. cit.*, II: 320.



FIG. 1.—PORTADA DE LA OBRA DE ANDRÉS ALCÁZAR

solicitando informe de lo acaecido, que figura transcrita en el Libro de Claustros [3]. Su pericia profesional, el renombre que le deparó su obra, convirtieron a nuestro autor en uno de los más ilustres cirujanos de su época. Haller, Astruc y Portal lo nombran con elogio; entre los historiadores españoles, reafirman este laudatorio veredicto Hernández Morejón y Chinchilla; el segundo de los nombrados nos dice cómo Andrés Alcázar «llegó a adquirir tanta reputación por sus escritos y por sus aciertos quirúrgicos que puede considerársele como uno de los mejores cirujanos de su siglo» [4]. García del Real y Vara López también elogian su personalidad profesional.

Es autor Andrés Alcázar de una única obra, un tratado de Cirugía [5], editado en Salamanca, en 1575 [6]; el Privilegio que lo encabeza aparece fechado en Madrid, a 29 de agosto de 1574, y la Aprobación, que firma el doctor Pedro de Torres, lleva fecha de 27 de julio del mismo año. Figuran incorporados a la obra, asimismo, dos Prólogos, uno de Antonio de Cáceres Pacheco, y otro del propio autor, y tres epígramas, en latín, firmados por Toribio de Páramo. Andrés Alcázar dedicó su Tratado a la Universidad salmantina, de cuyo Claustro formaba entonces parte. La obra, en sí, se compone de seis libros, a los que pone colofón un nutrido índice de materias. El tema de estos seis libros [7] va a ser rememorado en este trabajo agrupando su contenido en tres partes, buscando con ello una más fácil comprensión de las doctrinas en ellos expuestas. La primera de dichas partes, la más importante sin disputa, se consagra a la descripción que Andrés Alcázar hace en su obra de las heridas de cráneo y de aquellas que afectan al sistema nervioso periférico y los nervios; la segunda se ocupa de las heridas que lesionan las dos grandes cavidades orgánicas: tórax y abdomen; la tercera, la última, se dedica a dos breves tratados médicos, incluídos por nuestro autor en el cuerpo de su obra.

II

Comprende la primera de las tres partes en que, como se acaba de indicar, divido, para su mejor comentario, la obra de Andrés Alcázar, las heridas de cabeza, sistema nervioso periférico y miembros. Hace su descripción nuestro autor en los dos primeros libros.

El consagrado al estudio de las heridas que lesionan la caja craneal y su contenido [8], dividido en veinticuatro breves capítulos, incluye, ante todo, sumarias indicaciones anatómicas, a las que siguen consideraciones, igualmente compendiadas, sobre los distintos problemas etiopatogénicos, diagnósticos y de índole pronóstica, que al cirujano puede plantear el tratamiento de tales heridas. Individualiza nuestro autor diversos cuadros clínicos según la región cerebral afectada por la

3 Lib. 36, fol. 32 v. Se lee en él: «Don Felipe, por la gracia de Dios, &. &., a la universidad de Salamanca mandandole que en vista de las irregularidades que se dicen cometidas en la provision de la catedra de Cirugia en el licenciado Alcazar envien ante el consejo relacion verdadera de lo sucedido. Dada en Madrid a 27 de Noviembre de 1567. Firmada por los del consejo.» (Reproduce este documento E. Esperabé Arteaga: *Op. cit.*, I: 525; Salamanca, 1914.)

4 A. Chinchilla y Piqueras: *Op. cit.*, I: 386.

5 *Andreae Alcazaris Medici, ac Chirvrgi Gvadalaxarensis in amplissima Salmanticensi Academia Chirurgae facultatis primi Professoris Chirurgiae Libri Sex. In qvibvs mvlta antiqvorvm, et recensiorum sub obscura loca hactemus non declarata interpretantur. Salmanticae. In aedibus Dominici a Portonarijs, S. C. M. Typographi. MDLXXV. Cvm Privilegio Regis.* En fol., 250 págs. de principios y texto, numeradas desde la trece, en que da comienzo el libro primero. Al final, una hoja sin numerar, para el colofón, y diez de Indice. La hoja de erratas, sin numerar, intercalada posteriormente detrás de la portada.

6 El libro primero, con el título *De vulneribus capitis*, se reeditó en Salamanca, en 1582.

7 Los títulos, transcritos literalmente, que encabezan estos seis libros, son los siguientes: «De Vulneribus capitis», «De Vulneribus nervorum, aliisque ipsorum affectibus», «De Vulneribus thoracis», «De Vulneribus ventri inferioribus regionis abdominis», «De morbo Gallico» y «De Valetudine tuenda tempore pestis, ac de curandis pestilentibus inflamationibus».

8 Libro primero, págs. 13-88.

herida. Otros capítulos, más importantes que los reseñados, se ocupan de analizar la fenomenología clínica de las heridas con fractura. Concluye el libro con la transcripción de un rico antidotario en el que se recogen cuantos preparados se conocían y utilizaban en la época, buscando favorecer la evolución de las lesiones ocasionadas por el traumatismo.

De toda esta parte es de destacar, sobre todo, el minucioso análisis crítico a que Andrés Alcázar somete las indicaciones de la trepanación, cuestión sobre la que se mantenían, como el autor recuerda, muy dispares criterios. Andrés Alcázar se muestra partidario de su uso, pero cuidando de precisar, previamente, sus correctas indicaciones; la trepanación, para el profesor salmantino, deja de ser una medida preventiva, como tantos la consideraban en su tiempo, para ser utilizada como recurso propiamente terapéutico, del que en ocasiones no puede prescindirse; obligan a su uso, en opinión del autor que comentamos, aquellos cuadros clínicos en que resulta evidente la presencia de una hipertensión craneal, en casos de hemorragia intracraneal, si hay acúmulos de pus y cuando algún fragmento óseo comprime o punza las membranas cerebrales. En el texto de la obra se reproduce, gráficamente, el instrumental preciso para la práctica de la trepanación, fruto, en buena parte, del ingenio de Andrés Alcázar; los trépanos por él ideados fueron conocidos y alabados por el cirujano francés Luis Debourges, al acompañar éste en su prisión madrileña a Francisco I; el doctor español Luis de Lucena se ocupó también de divulgar su uso en sus viajes por Francia e Italia.

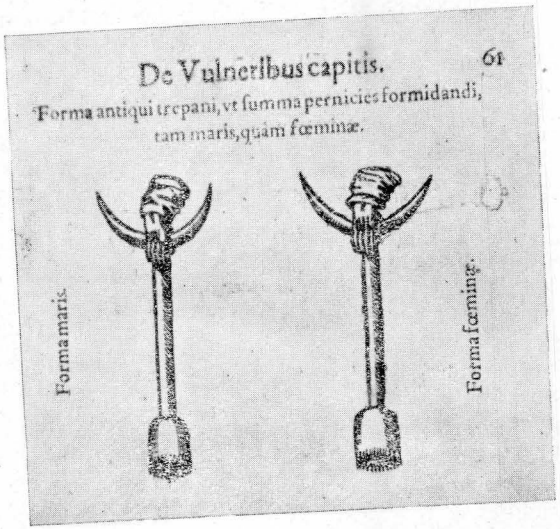


FIG. 2.—TRÉPANO PRIMITIVO

Menos precisas son las indicaciones clínicas y terapéuticas que sobre las heridas de nervios y tendones, así como de las que lesionan la totalidad de un miembro, hace Andrés Alcázar en el libro segundo de su obra [9]; lo divide en veintiséis capítulos, dedicados, uno, a transcribir las más imprescindibles nociones anatómicas, y otros a exponer consideraciones de índole etiopatogénica, clínica o terapéutica. Con las heridas de los nervios incluye, asimismo, su lesión por úlcera y puntura, compresión y absceso. Varios son los capítulos en que trata de dilucidar la entonces ardua cuestión de si deben o no suturarse los nervios y tendones seccionados, y las diferentes suturas a que puede recurrirse. Con los capítulos en que se ocupa de las lesiones que afectan a la totalidad de un miembro pone fin al libro segundo el oportuno antidotario. Son de destacar, en este libro, los capítulos en que describe su particular manera de realizar la sutura de tendones y el que consagra a exponer la sutura que llama «de red», aplicable al tratamiento de miembros amputados.

9 Libro segundo, págs. 89-132.

III

La segunda parte de este análisis de la obra de Andrés Alcázar incluye las cuestiones estudiadas por nuestro autor en los libros tercero [10] y cuarto [11] de su obra.

El primero de ambos trata de las heridas que afectan la cavidad torácica; en sus trece capítulos se traza una exposición en la que quedan apuntadas, con precisión unas, más sumariamente otras, cuantas cuestiones pueden planteársele al cirujano en el tratamiento de las heridas que lesionan la pared torácica y, sobre todo, las que penetran en su cavidad. De los problemas, tanto anatómicos como de índole etiopatogénica o clínica, destaca, por su interés, por la minucia con que se encuentra tratado, el relativo al dilema planteado con la dispar opinión sustentada sobre si deben suturarse las heridas penetrantes de pecho o recurrir en tal situación al uso exclusivo de los aglutinantes; la opinión de nuestro autor se inclina a la segunda de ambas opiniones, no sin aludir, dando prueba de sano eclecticismo, a casos concretos en que este criterio no puede ser mantenido. La extracción de acúmulos de pus de la cavidad torácica es cuestión de interés preferente para Andrés Alcázar; tras enumerar los recursos, propiamente quirúrgicos y farmacológicos, usados hasta su tiempo para lograrlo, propone, apoyando esta opinión en ponderadas razones, las ocasiones en que ha de hacerse contraabertura para facilitar la evacuación del pus; precisa la técnica de su realización, y asimismo describe el medio instrumental por él ideado para extraer, por succión, el pus, impidiendo, a un tiempo, la entrada de aire en el interior del tórax; tal aparato, del que nos ofrece, en su obra, su dibujo, lo utiliza su inventor también para la inyección de sustancias medicamentosas en la cavidad torácica.

Las heridas que lesionan las vísceras contenidas en la cavidad abdominal son estudiadas por Andrés Alcázar en los quince capítulos de que se compone el cuarto libro de su obra. En ellos, a semejanza de lo realizado por él en el libro precedente, se ofrecen a la curiosidad del lector nociones anatómicas sumarias, consideraciones de tipo diagnóstico y terapéutico, y en capítulos independientes, la exposición, mejor explicada, de normas que en muy concretos casos deben presidir la intervención quirúrgica; entre tales cuestiones especiales figura el uso del «syringotomo», aparato ya conocido de Galeno y que perfeccionó Andrés Alcázar; también es detallado el estudio de aquellos casos en que se hace preciso seccionar el omento, y el modo de practicar la sutura de peritoneo y pared abdominal, con descripción de las que él denomina suturas «doble» y «de pellejero». Cinco capítulos, los últimos del libro que menciono, se ocupan de enumerar, oportunamente comentados, los diversos recursos farmacológicos que pueden favorecer la cicatrización de las heridas abdominales; entre ellos figuran los que impiden la coagulación de la sangre, corrigen el flato y combaten síntomas especialmente molestos como la inflamación y el dolor.

IV

Los libros finales de la obra de Andrés Alcázar, de tema médico, están dedicados, el primero de ellos, el quinto, al estudio de la lúes [12], y el siguiente, el sexto, al de la peste [13]; ambos no son otra cosa que una compendiada disquisición

10 Libro tercero, págs. 133-54.
11 Libro cuarto, págs. 155-68.
12 Libro quinto, págs. 169-224.
13 Libro sexto, págs. 225-50.

sobre estos dos capítulos de la patología, en la época, y por su difusión, con amplia y grave repercusión social y económica, por lo que hacia ellos se orientó la atención y el interés de los más nombrados médicos del siglo. Lo que de una y otra cuestión, lúes y peste, expone en su obra nuestro autor, cirujano más que médico, nada añade a lo que venía siendo ya habitual encontrar expuesto, y con mayor amplitud, en las obras de médicos pertenecientes a generaciones anteriores a la suya.

Veintiocho capítulos componen el libro, el quinto según queda indicado, que consagra Andrés Alcázar al estudio de la lúes. En los dos capítulos que lo inician, haciendo historia de la afección, afirma la antigüedad del mal, pues sostiene que aparece descrito ya, si bien bajo nombres diversos, por Hipócrates y Plinio, entre otros. A esta incursión erudita sigue la descripción clínica del mal, sus causas, fenomenología y formas que pueden individualizarse. Varios capítulos son dedicados a la enumeración de cuantas recetas era habitual en el siglo utilizar contra tan grave afección; especifica con cierto detalle el modo de aplicar las unciones mercuriales y el uso del mercurio en fumigaciones, siendo también detenida su descripción de las propiedades antiluéticas y modo de preparar y administrar el palosanto o guayaco. La aportación de Andrés Alcázar a la literatura sobre la sífilis ni es mejor ni tampoco cede en claridad y rigor expositivo a los libros que sobre el tema escribieron otros médicos de la época, algunos con renombre muy superior al de nuestro autor.

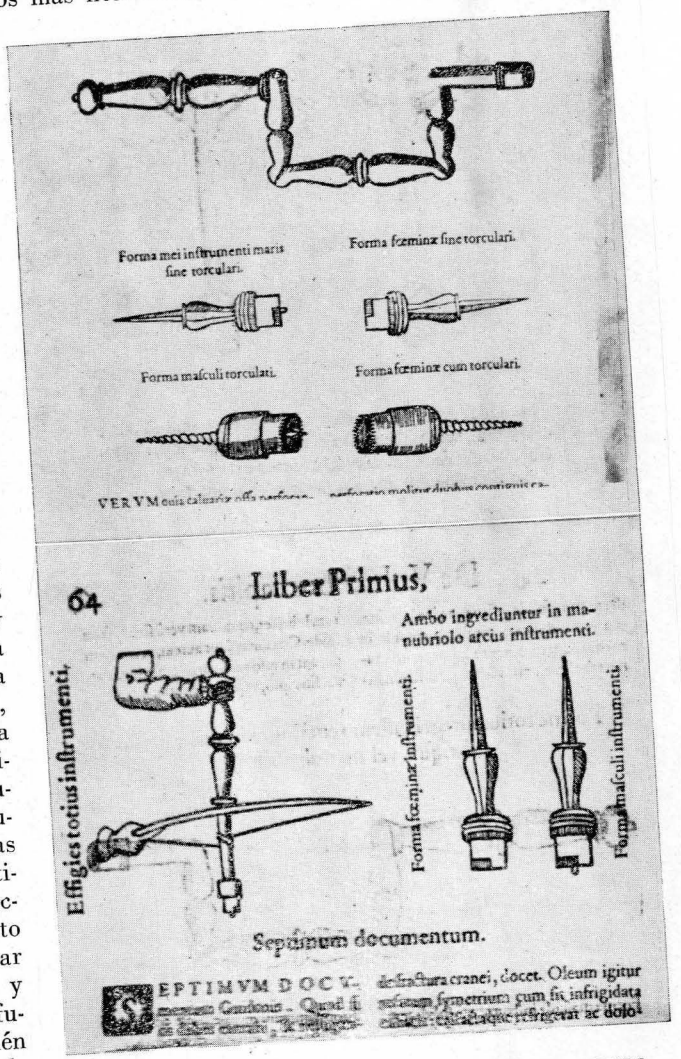


FIG. 3.—REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL TRÉPANO IDEADO POR ANDRÉS ALCÁZAR

De la peste bubónica analiza Andrés Alcázar, en los veintiún capítulos del libro sexto, sus causas y síntomas, su pronóstico y los remedios a cuyo recurso cabría recurrir. Destaca en esta parte de la obra que se rememora, junto a la

brevedad de la descripción clínica, que ocupa sólo los tres primeros capítulos, la amplitud con que son expuestas las medidas de índole higiénicodietética, así como la pormenorizada enumeración de los muchos fármacos a los que venía atribuyéndose virtud curativa ante tan grave mal. Igual que en el anterior, en este sexto libro de su obra, Andrés Alcázar sólo hace que reiterar —eso sí, con laudable precisión— lo que todos los médicos del siglo repetían con machacona insistencia, al tratar, en sus escritos, de la peste. Como al describir la lúes, también aquí Andrés Alcázar, ofreciendo esta muestra de su inquietud profesional, no hace sino demostrar con el ejemplo la hondura con que vivió las más difundidas y graves preocupaciones médicas de la época, a despecho de que hacerlo le alejaba del terreno clínico, el quirúrgico, al que le orientó su vocación y en el que logró, por su erudición y pericia, merecido renombre, imperecedera fama.

RESUMEN

Se presentan datos sobre la personalidad científica y la obra de este cirujano español del siglo XVI, nacido en Guadalajara, y que regentó la cátedra de Cirugía en la Universidad de Salamanca desde su instauración, en 1568, hasta 1585.

Se analiza su obra única, un tratado de Cirugía, editado en Salamanca en 1575, que se compone de seis libros a los que pone colofón un nutrido índice de materias. La parte más importante va dedicada a las heridas de cráneo; la segunda se ocupa de las heridas que lesionan tórax y vientre, y la tercera y última se dedica a dos breves tratados médicos, resaltando sus comentarios a las pestes y lúes, donde refleja las ideas médicas de su tiempo.

Dirección: Facultad de Medicina. Fonseca, 2. Salamanca.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 396 - TOMO LXVII
MARZO 1959

CAJA NACIONAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO (I. N. P.) ZARAGOZA

TRAUMATISMOS CRANEALES

UN RECIENTE MÉTODO DE CRANEOPLASTIA CON ACRÍLICOS AUTOPOLIMERIZABLES

POR LOS DOCTORES

A. QUINTANA MONTERO
CIRUJANO TRAUMATÓLOGO

y

A. ARSUAGA URRESTARAZU
CIRUJANO AYUDANTE

ZARAGOZA

Los que nos dedicamos a la urgente cirugía de los traumatismos, nos vemos infinidad de veces solicitados para asistir accidentados, en los cuales, desde un primer momento, se puede ya predecir la existencia de una pérdida ósea de la bóveda craneal; unas veces, con herida de los tegumentos y salida o no de materia cerebral al exterior, y, en otras ocasiones, hundimientos, a veces brutales, que obligan a la urgente intervención de esquirlectomía y reparación de los destrozos causados por el agente vulnerante, pero persistiendo infinidad de veces una pérdida de substancia ósea que es necesario reparar. Cuando el cirujano ha tenido la gran satisfacción de ver salir de un estado de sopor comatoso al traumatizado craneal, y más tarde le ve ir regularizando sus constantes fisiológicas, va renaciendo en él la calma, ya que únicamente persistirá, aun en el mejor de los casos, el defecto craneal.

En otras ocasiones, es el propio cirujano, generalmente neurocirujano, quien al verse precisado a realizar descompresiones, ablación de tumores con participación ósea, extirpación de procesos inflamatorios craneales, etc., origina pérdidas óseas de la bóveda craneal que, si bien en un número no muy elevado de casos no precisan reparación, en una gran mayoría de ellos sí que es necesario por los trastornos objetivos y subjetivos que padecen estos craneotomizados.

Es curiosa la observación de que son precisamente las pérdidas óseas determinadas por accidente, las que dan el mayor porcentaje de estos trastornos, lo cual, si bien es achacado por algunos autores al deseo de rentas laborales posiblemente logrables con las modernas legislaciones sociales, nos hace a nosotros pensar si el hecho de un traumatismo trepanizador de esta naturaleza no sería suficiente para elevar, en estos casos, el número de manifestaciones subjetivas con respecto al otro grupo de craneotomizados tratado con todo cuidado por las hábiles manos del cirujano, ya que, en el primer caso, es necesario añadir al agente productor del hundimiento craneal los efectos de la onda traumática sobre las delicadas estructuras cerebrales.

Lo cierto es que todo individuo portador de pérdidas de substancia en su bóveda craneal, cuando éstas poseen ya el tamaño aproximado de unos 5 cm., comienzan a poseer una alteración anatómica en su normal constitución, que, por sí sola, es capaz de interferir la normofisiología de un compartimiento cerrado e inextensible, cual es el cráneo humano; esta alteración es mayor a medida que la substancia ósea perdida crece en tamaño y, muy posiblemente, según la localización de la misma.

Nuestro cráneo (fig. 1) lo podemos considerar como una caja de paredes rígidas, que en el adulto ha perdido toda capacidad de aumento de volumen y dilatación, lo cual, si desde algunos puntos de vista presentaría algunas desventajas, es indudablemente uno de los factores más interesantes para la fisiología intracraneal o intracerebral, entendiendo en esta frase de «fisiología circulatoria» no sólo la circulación venosa y arterial, sino la propia del líquido céfalorraquídeo, dependiente de la anterior.

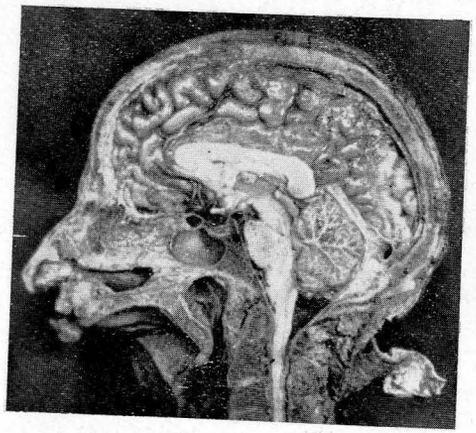


FIG. 1.—CORTE DE UN CRÁNEO CONTENIENDO LA MASA ENCEFÁLICA.

El tejido nervioso tiene muy poca rigidez, y es notoria la pequeña resistencia que ofrece a los cambios de forma; todos recuerdan la gran deformación que sufre un cerebro una vez extraído de un cráneo, cuando sobre el mismo no han actuado líquidos fijadores, llegando a desgarrarse y a resquebrajarse por las fuerzas actuantes de su propio peso; si queremos comprender la estabilidad del mismo «in situ» es necesario tener en cuenta el enorme papel que desempeña el cráneo y el líquido céfalorraquídeo; el primero, adaptándose groseramente a la víscera a través de la duramadre, íntimamente adherida a la substancia ósea en alguna de sus partes, y ésta, a su vez, por su cara interna, en íntima relación con la aracnoides; entre esta última y la piamadre existen múltiples conexiones de tejido fibroso que, como dice LIVINGSTON, semeja «una especie de delicado bosque de finos puntales» destinados a sostener toda la masa cerebral, y que si bien a primera vista darían la impresión de ser finos y débiles para sostener la pesada materia encefálica, sin embargo, son suficientes; máxime si añadimos otros elementos anatómicos que intervienen en esa función y si pensamos que la masa cerebral se comporta, al estar sumergida en un ambiente líquido, con arreglo a las leyes de Arquímedes:

$$\text{Peso del cerebro «in situ»} = \text{P. cerebro aire} \left(1 - \frac{\text{P. Esp. L. C. R.}}{\text{P. Esp. Tej. Ner.}} \right)$$

$$X = 1.500 \text{ g.} \left(1 - \frac{1'007}{1'040} \right) = 49 \text{ g.}$$

Según estas fórmulas aplicadas, el cerebro sumergido en este líquido tendría un peso de unos 50 g.; fácilmente soportable por las finas estructuras de que antes hablábamos.

Pero si existe una extensa pérdida craneal, se alteran las condiciones normales de compartimento inextensible y cerrado que damos al cráneo, y entonces es frecuente ver a la duramadre pegada a la propia substancia cerebral y tratando de aplastarla hacia la profundidad, lo que llega a determinar verdaderas fusiones de duramadre y aracnoides a la piamadre con desplazamiento de líquido céfalorraquídeo.

Si bien lo hasta aquí expuesto es ya suficiente para que surja la necesidad de reparar las pérdidas craneales, el motivo más imperativo amanece al estudiar la grave repercusión que las grandes craniectomías tienen sobre la circulación del líquido céfalorraquídeo y, por lo tanto, sobre el trofismo encefálico.

La rigidez craneal facilita grandemente la progresión de la circulación encefálica en cada latido cardíaco y, lo que es más importante, evita al mismo tiempo el estancamiento y la progresión retrógrada de la sangre venosa, cosa no difícil de originarse en un cerebro que se hallara contenido en un cráneo fácilmente dilatable, en el que sus vasos venosos fueran avalvulados, tal como acontece en el individuo normal. Además, si el cráneo no fuera inextensible, tampoco se transmitirían al sistema venoso intracraneal las rítmicas variaciones de presión que en él se determinan en cada movimiento respiratorio, viéndose, por lo tanto, comprometida la producción del líquido céfalorraquídeo, por ser éste uno de los mecanismos que intervienen en su producción, y, como consecuencia de ello, alteraciones en el íntimo metabolismo cerebral.

Por lo tanto, un defecto craneal de cierta cuantía determina una deficiente nutrición y, consecutivamente, una alteración en el aporte oxigenado al sistema nervioso central; pero además se observa en las piezas autópsicas de los sujetos portadores de craniectomías una atrofia cerebral en la corteza adyacente al defecto óseo; de ahí la necesidad de la restauración de estas pérdidas de substancia, es decir, que la práctica de la craneoplastia se impone, no por el hecho de la restauración de un defecto físico con su mala estética, ni por evitar la vulnerabilidad mayor en una zona cerebral, sino para soslayar el fantasma de las posibles lesiones fisiológicas determinantes de alteraciones que hacen presa en el propio paciente. A este tenor, es muy interesante el caso citado por SÁNCHEZ SANJUÁN, de «un individuo que, portador de una pérdida ósea sobre los polos de ambos lóbulos frontales, se consiguió vencer con la refacción plástica la debilidad de memoria y del poder de abstracción, la irritabilidad de carácter, la imposibilidad de efectuar sencillos cálculos, las cefaleas y los mareos, y el paciente, hasta entonces incapaz total para su trabajo habitual, pudo reintegrarse plenamente al mismo».

Algunas consecuencias más de naturaleza fisiopatológica podrían hacerse para los cráneos abiertos, pero con lo hasta aquí expuesto tenemos ya fundamento necesario para intentar, en toda pérdida ósea craneal, la restauración de la misma; estos mismos conocimientos que hoy nos obligan a realizarlo sobre bases científicas, obligaron empíricamente a nuestros antepasados de la Edad de Piedra a tratar de cerrar las pérdidas craneales que muchas veces eran realizadas por un hábil «cirujano» —¿por qué no llamarlo así?— bajo las invocaciones y conjuros de un hechicero o sacerdote sagrado y utilizando rudimentarios cuchillos de obsidiana, tratando de eliminar los demonios y espíritus que habían hecho presa en los cuerpos de aquellos antecesores.

Pero otras veces, estas craneoctomías que se observan en cráneos de ocho y diez mil años de edad eran esquirlectomías obligadas por la típica forma de combatir en la remota época en que vivían. Los antiguos peruanos, carentes de lenguaje escrito, nos han transmitido los «quipos» (ramales de cuerda anudada) que utilizaban, al parecer, como registro de documentos; en las culturas Mochica y Chimu se

observa ya, no solamente la práctica de la craneoctomía, sino la reparación de la misma, la craneoplastia. Una muy rica fuente de conocimientos sobre este tema lo constituyen los habitantes de la península de Paracas, al S. de Lima; los datos de ellos obtenidos, muy anteriores al período incaico, son magistralmente descritos por la doctora REBECA CARRIÓN, Directora del Museo Nacional de Antropología, en Lima, siendo palabras suyas las siguientes: «Efectuaban audaces trepanaciones que comprendían extensas superficies del cráneo, cuyas aberturas cerraban con láminas de oro.» ¿Tenemos, pues, aquí los orígenes de la craneoplastia? Probablemente, sí, pues hasta el momento actual son los más antiguos documentos que poseemos de la misma. Los antiguos cirujanos peruanos practicaban, al parecer con éxito, una intervención restauradora craneoplástica que en Occidente comienza a utilizarse por PETRONIOS muy entrado el siglo XV.

ALLES HARDLICK, del Instituto Smithsoniano, en un artículo publicado en *Ciba-Simposia,* nos explica cómo para cerrar los orificios craneales los primitivos operadores andinos utilizaron los más variados materiales y objetos, como huesos, fragmentos de conchas, plata batida, etc.

Desde estas épocas, que podemos considerar como los albores de la craneoplastia, forman legión el número de cirujanos que han tratado de resolver estas pérdidas óseas, a veces con los materiales más extraños al organismo. Ya OLLIER nos relata en su libro el caso de un noble ruso que recibió en su cráneo un sablazo, en la contienda con los tártaros, desprendiéndosele una gran porción ósea, la cual fué solucionada con éxito por MEEKREN en el año 1660; pero varias décadas antes FALOPIO utilizaba técnicas similares.

A continuación exponemos un cuadro sinóptico de la fecha y material utilizado por diversos autores en los métodos craneoplásticos:

Año 1750 a. J. C.	Raza Chimu	Oro en placas
» 1565 d. J. C.	Petronios	Lámina de oro
» 1600 d. J. C.	Falopio	Hueso homólogo
» 1670 d. J. C.	Meekren	Hueso de perro
» 1873 d. J. C.	Mc Ewen	Hueso mercurial
» 1889 d. J. C.	Seydel	Tibia homóloga con periostio
» 1889 d. J. C.	Jacksch	Hueso de águila
» 1890 d. J. C.	Fraenkel	Celuloide
» 1893 d. J. C.	Schmidt	Hueso de liebre
» 1898 d. J. C.	David	Márfil
» 1905 d. J. C.	Keen	Tabla externa de cráneo
» 1905 d. J. C.	Kapies	Costilla total
» 1908 d. J. C.	Mauclaire	Plomo
» 1910 d. J. C.	Inver	Plata
» 1915 d. J. C.	Morestain	Cartílago
» 1934 d. J. C.	Lexer	Ilíaco
» 1940 d. J. C.	Kleinschmidt	Plexiglás
» 1945 d. J. C.	Reeves	Tántalo y vitalio
» 1945 d. J. C.	Brown	Acrílicos
» 1951 d. J. C.	Woringuer	Resina acrílica autopolimerizable «Simplex»
» 1952 d. J. C.	Rosenmeyer	Resina acrílica autopolimerizable «Palavit»

No entramos en un juicio sobre las ventajas e inconvenientes de cada uno de estos materiales utilizados, pues muchos de ellos no precisan una crítica severa; no mencionamos otros no incluídos en este cuadro que, como cuerno de búfalo, conchas de diversos animales, etc., en los momentos actuales quizá no hiciesen más

que lograr nuestra sonrisa; pero sí creemos oportuno hacer un parangón entre los tres métodos más recientes y de uso actual: la craneoplastia con hueso, con vitalio y con acrílicos autopolimerizables.

En una primera apreciación parece que, indudablemente, lo mejor para la reparación de estas pérdidas craneales sería la utilización de material de la misma naturaleza del eliminado, esto es, del tejido óseo, y a ser posible del autólogo. Sin embargo, el cirujano que en su labor cotidiana utiliza estos procedimientos, se encuentra con inconvenientes que si algunas veces pueden ser soslayados, en ocasiones crea verdaderos problemas. Ya de por sí el hecho de tener que practicar una nueva y diferente intervención al craneotomizado para la obtención del material, alarga el tiempo de la operación y crea otra pérdida de substancia en alguna parte del esqueleto óseo para reparar la zona craneal, o sea, que, como corrientemente se dice, nos vemos precisados a desnudar un hueso para vestir otro; esto podía ser evitado con la utilización del material procedente del Banco Nacional de Huesos, creado por orden ministerial del 21 de febrero de 1955; pero ello no soluciona totalmente el problema, ya que una vez obtenido el hueso a trasplantar se encuentran dificultades en el moldeamiento de éste para adaptarlo a la zona a rellenar, y aunque sea tallado con todo cuidado es sumamente difícil darle una forma de curvatura en todos los ejes para obtener una simetría completa con respecto al hemicráneo no traumatizado y que, por lo tanto, el paciente no presente la más



FIG. 2.—GRAVE HUNDIMIENTO DE FRONTAL CON SALIDA DE MATERIA CEREBRAL Y PROYECCIÓN HACIA LA MASA ENCEFÁLICA DE ESQUIRLAS ÓSEAS.



FIG. 3.—EL MISMO CASO ANTERIOR DESPUÉS DE LA ESQUIRLECTOMÍA Y REGULARIZACIÓN DE LOS BORDES.

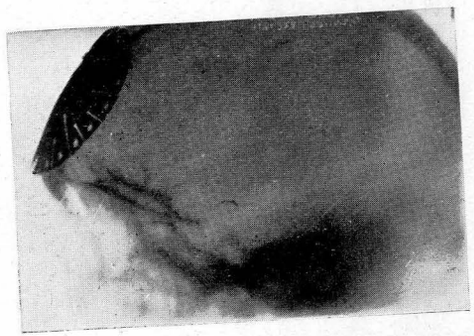


FIG. 4.—EL CASO ANTERIOR, PORTADOR DE UNA PLACA METÁLICA.

mínima señal de hundimiento o de exuberancia. Otras veces, la pérdida a reconstruir es tan grande que pasando de los 60 cm. cuadrados nos obligaría a atacar repetidos puntos de obtención de injertos; tanto es así que el propio SCHONBAUER, uno de los más calificados defensores de craneoplastia por autoplastia ósea, reconoce que con el método que vamos a presentar se obtienen los mismos resultados, pero con modelados más perfectos y reducción en el tiempo preciso para la práctica de la intervención; ya esto sería de por sí suficiente para la utilización de este procedimiento, que se ve más indicado al considerar la posibilidad de callos exuberantes formados a expensas de la tabla interna, capaces de originar compresiones sobre zonas localizadas del cerebro originando una típica sintomatología neurológica;



FIG. 5.—PRESENTACIÓN DEL MATERIAL DE ACRÍLICO AUTOPOLIMERIZABLE UTILIZADO POR NOSOTROS.

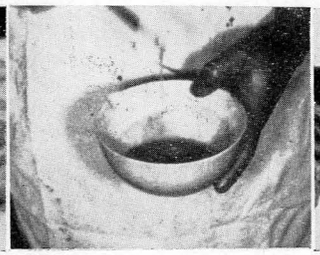


FIG. 6.—PAPILLA DE ACRÍLICO PREPARADA EN LA CÁPSULA.

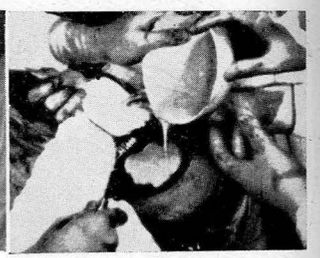


FIG. 7.—RELLENADO CON LA MASA DE ACRÍLICO DE LA PÉRDIDA DE SUBSTANCIA ÓSEA.

lo mismo nos ocurre al pensar en aquellos casos en los que la rehabilitación por tejido óseo de la zona injertada no se ve lograda, a pesar de transcurrir largo tiempo, quedando éste como un elemento abournizado apoyado sobre la meninge dura y falto de continuidad con las restantes paredes de la caja craneana.

En cuanto a los procederes que utilizan tantalio, vitalio, diversos tipos de acero, etc., tan en boga en estos momentos, somos de la opinión de que deben ser totalmente desechados, no por el material utilizado, que puede ser tolerado perfectamente, sino por la necesidad, relativamente frecuente, de nuevas exploraciones en estos enfermos, viéndose éstas grandemente dificultadas por la materia protésica. No es infrecuente que el traumatólogo se encuentre frente a un traumatizado craneal con pérdida de substancia ósea y portador de una placa metálica, que le viene a los dos o tres meses diciendo que aqueja ciertas molestias, mareos, cefalalgias, pérdida de memoria, etc., que nos obligan a enviarlo a un calificado neurólogo, y el que nos comunica en su informe la necesidad de una ventriculografía, pongamos por ejemplo, que no puede realizarse si no se retira la placa metálica; pero sin llegar a tan especializada exploración, una simple electroencéfalografía puede determinar registros anormales por la presencia del metal. Y si esta placa, por la situación de su emplazamiento, precisa la presencia de los pequeños tornillos fijatorios de la misma, no hay que perder de vista la rarefacción ósea en torno al tornillo, que puede hacer su aparición al cabo de cierto tiempo, por formares pares eléctricos entre placa y tornillo (figs. 2, 3 y 4).

Las placas preformadas de material acrílico, que evitan muchos de los inconvenientes fijados, presentan, asimismo, la dificultad de moldeamiento sobre la substancia ósea, tienen inconvenientes en su fijación, es necesario tener varias medidas, etc., lo que las hace estar en desventaja con relación a la utilización de los

metacrilatos autopolimerizables rápidamente, cuya técnica y ventajas pasamos a exponer.

Este método comenzó a realizarse por primera vez en el año 1951 por WORINGER, neurocirujano del Hospital Pasteur, en Colmar (Francia), y simultáneamente con él —únicamente median unos meses de diferencia—, por ROSENMEYER, de Bremen (Alemania), sin que al parecer tuviera éste noticias de la pequeña prioridad en el empleo del método lograda por WORINGER, y únicamente a finales del año 1954 ambos neurólogos coinciden en el Congreso de la Sociedad Alemana de Neurocirugía, para la presentación de sus técnicas, que podemos considerar similares, aunque con algunas pequeñas variantes que no hacen al caso, entre ellas la utilización de un mismo producto, pero con distinto nombre comercial, a base de metacrilatos de metilo de rápida polimerización (figura 5).

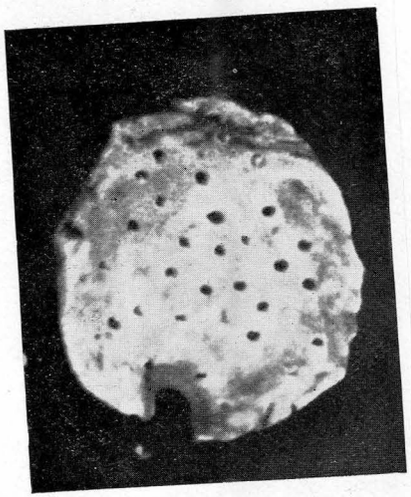


FIG. 8.—PLACA DE ACRÍLICO YA ENDURECIDA CON LA FORMA CORRECTA DE LA ZONA A PLASTIAR.

El material y técnica por nosotros utilizado es el mismo descrito por estos autores, y creemos que, por su rapidez y sencillez, aventaja grandemente a cualquier otra técnica de craneoplastia. La resina acrílica con que hemos trabajado es la de origen germano «Simplex», de uso corriente entre los odontólogos; viene presentado en forma de polvo de color ligeramente rosado y de aspecto sumamente fino, al que es necesario adicionar el líquido disolvente. De la combinación de ambos se origina una masa cuya fluidez depende de la concentración de cada uno de ellos, que a los dos o tres minutos comienza, en virtud de un proceso de reacción exotérmica, a producir calor, que alcanza su máxima temperatura a los 8-10 minutos, en que la masa ha adquirido ya un estado sólido de gran resistencia, no sólo a las presiones y tracciones, sino a las fuerzas de angulación y cizallamiento, aunque la placa obtenida sea delgada. Como vemos, en unos diez minutos se logra ya obtener la placa sólida y lista para reparar la pérdida de substancia; pero aun podemos acortar el tiempo de polimerización añadiendo a la masa acrílica, en los primeros momentos, unas gotas de «Trepal-ester», con lo que la reacción se acelera, y en cuatro o seis minutos tener lograda la materia plástica solidificada.

La técnica por nosotros utilizada la dividimos en tres tiempos:

a) Preparación de la zona a recibir el injerto.
b) Preparación de la masa acrílica y rellenado.
c) Pulido de la placa y cierre.

Para lo primero utilizamos una incisión curva y procuramos que la misma bordee la zona a plastiar, pero dejándole, a su vez, una amplia base de irrigación. Dado lo sangrante de estas incisiones es muy interesante el uso de narcosis con hipotensión controlada si, a juicio del propio anestesista, no existe contraindicación seria. Una vez llegado a plano óseo, y cuando la craneoplastia es muy secundaria al traumatismo, nos encontramos con que la zona libre de tejido óseo se halla rellenada por un tejido fibroso que enmascara los bordes de la pérdida ósea; estos bordes deben ser perfectamente desperiostizados, desfibrosados y tallados en

bisel con la utilización de finos y cortantes escoplos; una vez realizado esto, la duramadre es fácilmente desplegable de todo el reborde, dando así plena individualidad al mismo, y podemos dar con ello por terminado el tiempo primero.

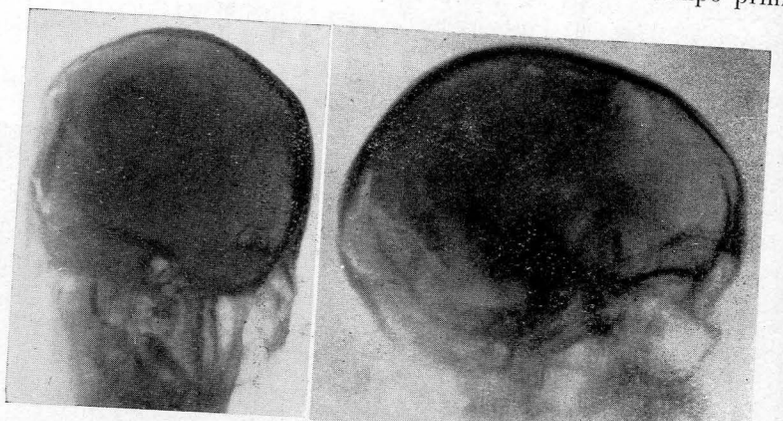


FIG. 9.—HUNDIMIENTO CON INCRUSTACIÓN DE ESQUIRLAS ÓSEAS EN MASA CEREBRAL Y SALIDA DE ÉSTA.

FIG. 10.—EL MISMO CASO EN PROYECCIÓN LATERAL.

Pasamos a continuación a la preparación de la materia plástica, lo que se logra fácilmente sobre una cápsula estéril, vertiendo polvo y líquido conjuntamente hasta obtener una substancia de consistencia semisólida, batiéndolo, claro está, por medio

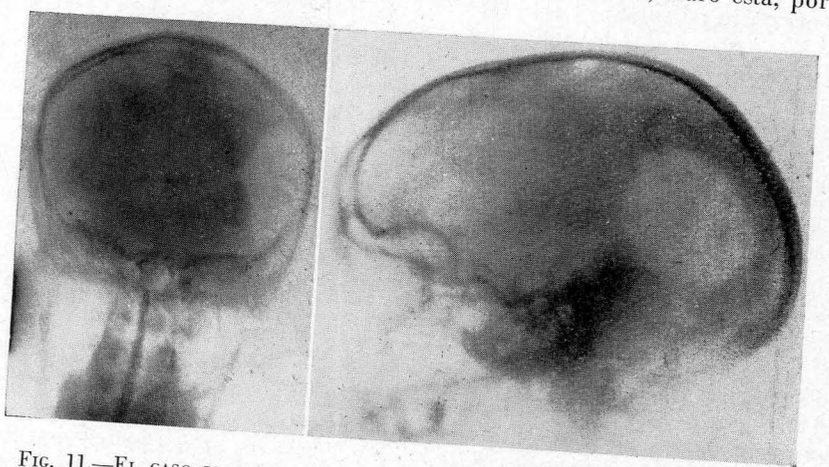


FIG. 11.—EL CASO DE LA FIGURA 11, UNA VEZ REGULARIZADOS LOS BORDES Y DESPUÉS DE LA ESQUIRLECTOMÍA EN PROYECCIÓN ANTERO - POSTERIOR.

FIG. 12.—PROYECCIÓN LATERAL DEL ACCIDENTADO DE LA FIGURA 6, DESPUÉS DE HABER PROCEDIDO A LA ESQUIRLECTOMÍA.

de una espátula. Tanto el líquido como el polvo de metacrilato lo consideramos estéril en su envase y pueden ser vertidos sobre la cápsula por una enfermera o ayudante desde fuera del campo operatorio (fig. 6).

Cuando esta masa ha adquirido una consistencia pastosa, se vierte sobre la pérdida de substancia ósea, en la que no es difícil su moldeamiento sobre los bordes de la zona a plastiar; a medida que se va solidificando, el manejo se hace más dificultoso porque queda adherida a la espátula, por lo que es conveniente que ésta se halle lubricada con parafina estéril cuando se va llegando a este punto; pero si el cirujano tiene pericia y rapidez de modelado, ello no es necesario (fig. 7).

Decíamos hace un momento que la reacción de solidificación del metacrilato se realizaba con desprendimiento de calor, y llegando éste a sobrepasar los 70° centígrados, podía ocurrir que estando la masa solidificable en contacto con la duramadre, determinara, si no francas quemaduras, al menos cambios hiperémicos

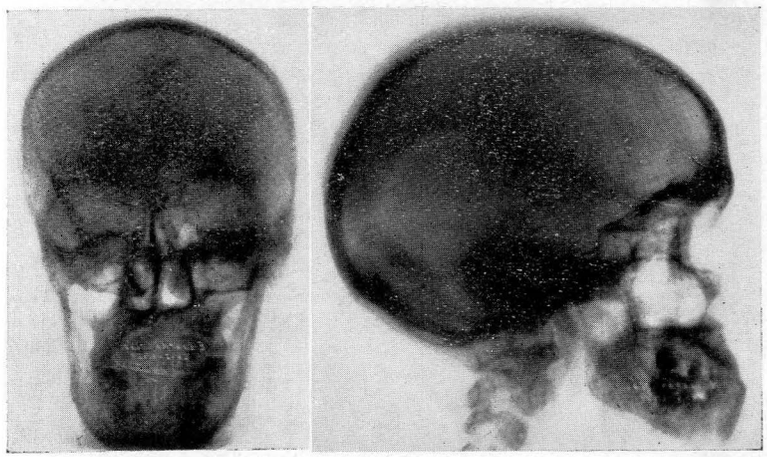


FIG. 13.—EL ACCIDENTADO DE LA FIGURA 6 CON LA PLACA DE ACRÍLICO AUTOPOLIMERIZABLE.

FIG. 14.—EL ACCIDENTADO DE LA FIGURA 6 CON LA PLACA DE ACRÍLICO AUTOPOLIMERIZABLE.

en ella y en las zonas más subyacentes; tal inconveniente es fácilmente evitable con la colocación de una ligera capa de algodón o gasa empapada de suero fisiológico o, lo que es mejor, con un baño continuado de suero sobre la zona que irrigue la placa protésica por sus dos caras, a través de pequeños orificios realizados periféricamente a la zona plastiar.

Lograda la solidificación del metacrilato, se extrae y procede a su pulido con el motor portador de una broca esférica, así como el regularizado de sus bordes; es muy interesante, asimismo, proceder al perforado de la placa con una serie de orificios que, sin hacerla perder resistencia, permiten salida de exudados y evitan el acúmulo de éstos por debajo de ella (fig. 8).

Llegados a este punto, no nos queda más que la colocación del acrílico en la pérdida ósea; nosotros acompañamos este tiempo dando unos puntos similares a los de OLIVECRONA, de elevación de la duramadre, y si por alguna causa —como sería la colocación de una placa muy extensa— vemos que ésta no mantiene gran estabilidad, procederemos a su fijado al cráneo con dos puntos puestos de perlón o seda; pero esto no lo creemos necesario si el modelado se ha realizado con exactitud.

A continuación, procedemos al cierre de la herida operatoria y colocamos un vendaje ligeramente compresivo. Es muy interesante vigilar al día siguiente la pre-

sencia de seromas; aunque poco frecuentes, pueden darse y deben ser evacuados por punción.

Los resultados de esta craneoplastia los consideramos sumamente interesantes. La casuística de WORINGER, con más de trescientos casos, no ha mostrado más que uno sólo de intolerancia, y, al parecer, por circunstancias especiales que no pueden ser imputadas al metacrilato. Las primeras observaciones cuentan ya seis años de tolerancia, lo que, unido a la ausencia de respuesta mesenquimal, a la sencillez e inocuidad de la técnica y, sobre todo, el poder realizarse en poco tiempo, unos veinticinco minutos, hace de este proceder una adquisición muy superior a las preexistentes para devolver a su normal estado anatómico y fisiológico aquellos compartimentos craneales que de cerrados se transformaron en abiertos por las necesidades del cirujano, o por la tempestuosa acción de un agente traumático (figs. 9 al 14.)

Con respecto a estas técnicas, nos hallamos trabajando en una modificación de las mismas, consistente en la adición de polvo óseo a la substancia origen de metacrilato, con lo cual se haría desaparecer la zona clara que aparece radiográficamente en los portadores de estas placas. Los resultados obtenidos serán objeto de una próxima publicación.

RESUMEN

Después de dar a conocer una serie de condiciones fisiopatológicas sobre los cráneos cerrados y abiertos, se llega a la conclusión de la necesidad de reparar estos últimos. Esta necesidad era ya conocida, al menos empíricamente, desde la más remota antigüedad, habiendo sido utilizados para la reparación de los mismos las más variadas substancias, como demuestran numerosos datos procedentes del período incaico.

Se hace un parangón de los procederes más en boga en el momento actual: la craneoplastia con hueso, con vitalio y acrílicos autopolimerizables, siendo del parecer que esta última es la que más ventajas presenta, ya que a la sencilla técnica, con su inocuidad, unido a la tolerancia y ausencia de respuesta mesenquimal, hace que este proceder sea superior a otros para transformar en compartimientos cerrados los cráneos abiertos.

Se da una explicación de la técnica y material utilizado, muy similar al de su introductor, Woringuer.

Dirección: Laguna de Rins, 5. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 396 - TOMO LXVII
MARZO 1959

FALSOS DIVERTÍCULOS SIGMOIDEOS

POR EL

DR. SANTIAGO CARRO GARCÍA

DEL INSTITUTO DE ESPAÑA

MADRID

SABIDA es la frecuencia del hallazgo de los divertículos cólicos y especialmente de la zona sigmoidea, que es la que representa un mayor porcentaje.

En la inmensa mayoría de los casos, el diagnóstico es un hallazgo de la exploración radiológica, ya que la sintomatología es atípica o encaja en un síndrome o en una entidad nosológica que no nos hacían pensar en la existencia de una diverticulosis.

Por lo que se refiere a cuadros sintomáticos leves, puede haber sólo una diarrea o crisis cólicas de tipo espástico, que encajan en el diagnóstico de una colitis o de colon irritable.

En las formas graves o complicadas, podemos ver síntomas muy diversos, lo mismo en las formas agudas que en las crónicas, que pocas veces orientan acertadamente la presunción diagnóstica. Entre ellas mencionaremos algunas.

a) *Crisis abdominales febriles.*—El enfermo experimenta ataques febriles recurrentes, con o sin escalofríos, con molestias o dolores abdominales, a veces tan intensos que inducen a pensar en una obstrucción cólica subaguda y que pueden ser debidos a inflamación o a la perforación de algún divertículo. El uso de los antibióticos de amplio espectro puede conjurar la crisis y dejar ignorada su verdadera causa.

b) *Crisis de tipo apendicular.*—Aunque la causa asiente en la fosa ilíaca izquierda, el dolor intenso y generalizado, la fiebre, la defensa abdominal y la exploración y la existencia de leucocitos con polinucleosis, pueden orientar nuestro diagnóstico a la enfermedad frecuente, o sea, a la apendicitis, sobre todo teniendo en cuenta la variedad de irradiaciones que en ésta pueden presentar los dolores.

c) *Hemorragias.*—En cierto número de casos, la existencia de hemorragias, aun tratándose de sangre roja, podemos atribuirla a úlceras duodenales, a roturas de vasos intestinales o a colitis ulcerosa si va unida a diarreas.

d) *Afección ginecológica.*—En la mujer, especialmente si padece anexitis o metritis, las diverticulitis pueden confundirse con una agudización de su habitual dolencia.

e) *Cistitis o pielocistitis.*—La fistulización de un divertículo sigmoideo a la vejiga origina un cuadro rebelde de cistitis, con la consiguiente infección urinaria. La neumaturia y la expulsión de productos fecales en la orina, dan la clave del diagnóstico de esta complicación poco frecuente. Nosotros hemos publicado un solo

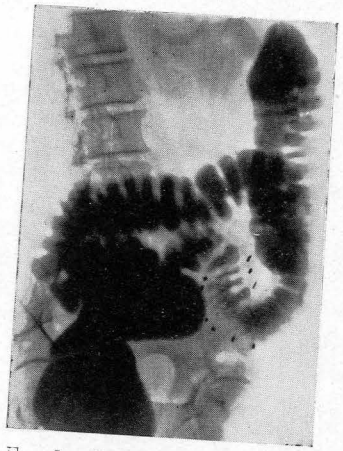


FIG. 1.—ENEMA OPACO EN OBLICUA ANTERIOR DERECHA.

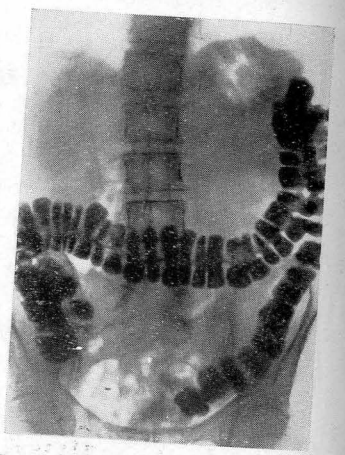


FIG. 2.—ENEMA OPACO MÁS EVACUACIÓN.

caso, en el que el urólogo requirió nuestro concurso para tratar una intensa colitis asociada a la cistitis. Antes de poderse establecer el diagnóstico de la fístula, por cistoscopia y análisis de la orina, sospechamos la influencia de la diverticulosis por una imagen radiográfica de los divertículos sigmoideos.

f) *Carcinoma.*—La existencia de rectorragias, dolores en fosa ilíaca izquierda, despeños diarreicos, desnutrición, tumoración palpable o tacto real positivo, solos o asociados, especialmente en personas de edad avanzada, inducen al clínico a la sospecha de un carcinoma. La sigmoidoscopia es a veces difícil e infructuosa, además de peligrosa, cuando hay una diverticulitis con periverticulitis, pudiendo originar hemorragias o la perforación de un divertículo.

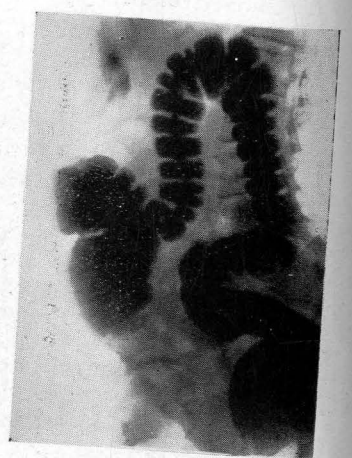


FIG. 3.—ENEMA OPACO EN OBLICUA ANTERIOR IZQUIERDA.

g) *Peritonitis.*—La perforación de un divertículo puede determinar un cuadro peritoneal agudísimo, que impone la laparotomía de urgencia, sin hacer su previo diagnóstico. Nosotros hemos tenido un caso en enfermo de edad avanzada, con formación de un gran absceso, y en el que, por su precario estado, no pudo practicarse la intervención quirúrgica.

Aparte de estos cuadros sintomáticos, pudieran formularse otros a base de signos clínicos o patológicos, dominantes o de complicaciones más o menos graves, cursando de modo agudo o crónico, estudiados ya por muchos autores y que justifican el interés de los internistas y de los gastropatólogos, como lo demuestra el hecho de ser tema de estudio en numerosos congresos y en la reciente IX Reunión de nuestra Sociedad de Patología Digestiva.

Muchas de estas complicaciones, por su gravedad o por la cronicidad de las molestias que originan o riesgos que representan, precisan tratamiento quirúrgico. Es instructivo y aleccionador el informe de los doctores JOHN M. WANGH y ALEXANDER J. WALT, de la Sección de Cirugía de la Clínica Mayo, de Rochester (Minn.), que entre 1945 y 1954 operaron doscientos treinta pacientes por diverticulitis sigmoidea, con síntomas que abarcan desde una semana a once años, habiendo entre ellos quince con fístulas sigmoideovesicales.

La relativa frecuencia con que hallamos actualmente imágenes diverticulares, nos hace incurrir en graves errores diagnósticos, pues tales imágenes, especialmente en los viejos, son de tipo funcional, y un estudio repetido descarta su valor.

El extravío diagnóstico es disculpable, pues tratándose de cuadros oscuros o atípicos, la imagen radiográfica puede, por su claridad, satisfacer completamente nuestro afán de interpretación de unos síntomas que encajarían perfectamente en una diverticulitis.

En un enfermo de 71 años, aquejado desde hace pocas semanas de dolores en la fosa ilíaca izquierda, exacerbados al estar de pie o hacer ejercicio, la exploración radiográfica dió una diverticulitis sigmoidea (imagen 1). Se insistió en la exploración en diferentes momentos, en igual proyección (2) y en la lateralizada (3), y la imagen diverticular desapareció, confirmándose su carácter funcional y pasajero. El posterior estudio aclaró que los dolores se relacionaban con un hidrocele anteriormente operado.

Análogas imágenes erróneas hemos visto repetidas veces, con diagnóstico de diverticulitis sigmoidea, diagnóstico que no hemos aceptado sin nuevas exploraciones radiográficas localizadas, en distintos momentos y en diferentes proyecciones.

Tal es la conducta que debemos observar en presencia de un diagnóstico de diverticulosis, pues si antes ignorábamos muchos casos de esta enfermedad, con la difusión de las exploraciones radiológicas fácilmente caemos en lo contrario, o sea, ver muchos más divertículos de los que hay en realidad, con el grave daño de dejar pasar el momento oportuno de una intervención quirúrgica, si se trata de un carcinoma que evoluciona con una sintomatología poco expresiva.

RESUMEN

Es frecuente el hallazgo radiológico de divertículos cólicos, sobre todo en la zona sigmoidea. Su sintomatología, unas veces es leve, pero en otras ocasiones, por tratarse de formas graves, o complicadas, es muy variada y pocas veces orienta hacia el diagnóstico. Se mencionan las principales características de estos cuadros que pueden inducir a error diagnóstico y en las que es preciso un estudio repetido para eliminar los de carácter funcional, sobre todo en los viejos.

Dirección: Serrano, n.º 22, 2.º dcha., Madrid.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 396 - TOMO LXVII
MARZO 1959

LO QUE FUE EL DISPENSARIO ANTIVENEREO EN LA GUERRA CIVIL ESPAÑOLA (*)

POR EL

DR. EDUARDO DE GREGORIO GARCÍA-SERRANO

MÉDICO DE LA PROFILAXIS ANTIVENÉREA

ZARAGOZA

HAN pasado ya unos años desde aquel julio de 1936, en que se entabló fuerte lucha en la población española. Establecida la contienda con tendencias políticas opuestas, y dada la situación geográfica de Zaragoza, con su gran contingente de población militar, era lógico pensar en el problema que las enfermedades venéreas podían en determinado momento plantear. Por ello, el entonces jefe de Sanidad Militar, coronel don Antonio Valero Navarro (q. e. p. d.), pensó en la función sanitaria que podría realizar el Dispensario dependiente de la Dirección General de Sanidad y dedicado a la lucha contra las enfermedades venéreas. Asimilados al grado de capitán médico, comenzamos nuestra misión militar. Después de unos meses de terminada la contienda militar, fué repasado nuestro protocolo clínico y redactada una memoria del trabajo realizado, en la que se daban a conocer los hechos acaecidos de mayor importancia. Han pasado los años, sin que haya llegado el momento de su publicación, y es hoy cuando, después de leído lo redactado entonces, creemos pueda ser de utilidad su publicación, que, aunque ligeramente modificado, conserva en el fondo su verdadero sentido.

En la redacción de hoy procuramos trasladarnos al año 1936, a fin de que en estas páginas quede reflejado cómo se desenvolvía en aquel entonces la lucha contra las enfermedades venéreas, cuál era su terapéutica, qué agentes medicamentosos utilizábamos y cuáles eran los resultados que obteníamos. Cuál era, en resumen, el problema sanitario creado por las enfermedades venéreas.

Por ello nos ocuparemos de la quimioterapia de la blenorragia por los derivados del amarillo de acridina, de la vacunoterapia del chancro venéreo y de los salvarsanes en la terapéutica de la sífilis. Los años han pasado y todo esto está hoy anticuado. Surgió en aquella época la terapéutica de blenorragia con las sulfamidas, según veremos en esta exposición; ha surgido después la terapéutica antibiótica, y la blenorragia, prácticamente, ha desaparecido. No hay que hablar ya de amarillos de acridina ni de vacunoterapia en la blenorragia.

(*) El llamado en aquel entonces Dispensario Oficial Antivenéreo es hoy Dispensario Dermatológico y de Higiene Social, dependiente, como en aquella época, de la Dirección General de Sanidad, y destinado a la lucha contra las enfermedades venéreas.

Los hechos han ocurrido de forma similar en cuanto se refiere al chancro venéreo, la linfogranulomatosis inguinal subaguda y la sífilis. Ya no tiene razón de ser la vacuna estreptobacilar en el chancro venéreo; ciertos derivados sulfamídicos pueden ser utilizables en la linfogranulomatosis inguinal subaguda, y no hay por qué pensar en las eritrodermias salvarsánicas ni en las ictericias, crisis nitritoides mortales, ya que en el momento actual de la terapéutica antibiótica no tienen razón de ser los salvarsanes como agentes terapéuticos en el tratamiento de la sífilis.

Podremos comparar el estado actual del problema venéreo como problema sanitario con el que existía en 1936, cuáles han sido los grandes avances obtenidos en terapéutica, y cómo los resultados terapéuticos conseguidos son extraordinariamente superiores a los de entonces.

El funcionamiento del referido Dispensario, en su carácter de Sanidad oficial, siguió su ritmo normal, con sus servicios en completo funcionamiento, tanto de carácter clínico como de laboratorio, sobrecargados con los reconocimientos profilácticos de las meretrices matriculadas, que en aquellos momentos imponían las circunstancias. Bastará que consignemos que en un mal llamado sífilocomio que funcionaba fueron ingresadas durante aquella época 3.279 mujeres enfermas, quienes motivaron 34.086 estancias. Por miles también se cuentan los reconocimientos realizados.

En la enfermería militar, la profilaxis por el tratamiento se estableció con toda amplitud. Todos los enfermos evacuados a Zaragoza desde los distintos frentes, como de las fuerzas militares en plaza, clasificados como «alta» y «cura», o cura ambulatoria, eran asistidos en el Dispensario. Solamente residían en el Hospital Militar aquellos enfermos, siempre en corto número, que de forma temporal exigían su hospitalización. Con el mayor acierto ordenó el jefe de Sanidad Militar que todo soldado enfermo estuviese acuartelado, con prohibición de salidas mientras durase el tratamiento, en el cuartel del Carmen, próximo al Dispensario. A éste eran conducidos los enfermos por un personal de guardia, agrupados por enfermedades y tipo de tratamiento.

Las ventajas de este simple sistema saltan a la vista. Pudo ejercerse un control riguroso de todo enfermo, dado el número de soldados que diariamente estaban en tratamiento, que no se hubiera podido conseguir si hubiesen residido en sus respectivos cuarteles y cuerpos.

Las clases de tropa y oficiales que residían en sus respectivos domicilios, y que en ocasiones ascendían a ochenta y noventa por día, también eran rigurosamente controlados, pues sistemáticamente eran dados de alta por abandono del tratamiento, cuando su falta de asistencia se repetía tres días consecutivos.

Así pudieron ser curados y dados de alta, útiles para todo servicio, los enfermos afectos de infecciones producidas por el bacilo de Ducrey. Similarmente ocurría en las infecciones sifilíticas recientes; en estos casos se practicaron sistemáticamente tratamientos intensivos, que en no pocas de las veces, por precozmente comenzados, tuvieron como resultado una total esterilización de la infección.

Tanto en unos casos como en otros, por la vigilancia establecida, siempre la terapéutica fué completa y nunca caprichosamente interrumpido el tratamiento.

En el tratamiento de la blenorragia se obtuvieron los máximos resultados que en la terapéutica de esta enfermedad podían obtenerse en aquel entonces, al no gozar los enfermos de completa libertad.

I. Chancro venéreo

De esta infección fueron asistidos novecientos noventa y nueve enfermos; entre ellos existieron cuatrocientos ocho (40'80 por ciento) con complicaciones ganglionares, unas abiertas, supuradas o chancrificadas, y otras sin llegar a este estado.

Este número de enfermos por infección de Ducrey, en relación a la totalidad de los asistidos, alcanzó el 18'20 por ciento. Pudimos comprobar en varias ocasiones cómo la endemia chancrosa sufría reactivaciones periódicas y que en la mayoría de las ocasiones coincidían con la conquista de nuevos núcleos de población por el Ejército Nacional. Así ocurrió después de terminada la campaña del Norte con la conquista de Bilbao y Santander, y con el derrumbamiento del frente catalán.

El chancro venéreo, que constantemente marca el índice de la morbilidad venérea, en este caso puso de manifiesto el libertinaje y la desmoralización sanitaria que existía en la zona roja, mientras escaseaban los contagios en Zaragoza.

Los chancros no complicados fueron tratados exclusivamente con medicaciones tópicas, siempre que su localización permitía la aplicación de ellas (solución saturada de sulfato de cobre, nitrato de plata, ácido fénico, etc.). Cuando esta terapéutica no podía utilizarse por una fimosis congénita o accidental, y cuando existía una complicación ganglionar se utilizaba la vacunoterapia estreptobacilar; como esta vacunoterapia por vía venosa producía, según todos conocemos, elevadas reacciones febriles, esta terapéutica era reservada únicamente para los enfermos hospitalizados con chancros fagedénicos y gigantes y para las adenopatías chancrosas muy fluctuantes y chancrificadas; en los restantes enfermos era preciso, cuando se iniciaba una adenopatía, curar ésta en el Dispensario, sin hospitalización.

Esta curación fué por nosotros resuelta con nuestra técnica de vacunoterapia específica intraganglionar. Con el objeto de precisar con exactitud en qué consistía esta técnica, y los resultados que con ella se obtenían, reproducimos parte de nuestros trabajos, como el publicado en *Actas Dermo-Sifiliográficas*, (octubre 1938) y en una comunicación presentada en el Congreso celebrado en Sevilla en febrero de 1939. Decíamos entonces:

«Actualmente, el tratamiento del chancro venéreo y de su complicación ganglionar, o bubón venéreo, es, en la mayoría de las ocasiones, un problema totalmente resuelto. La actividad terapéutica de la vacuna estreptobacilar es extraordinaria, tan extraordinaria que la patología genital, en cuanto se refiere al chancro venéreo, ha variado totalmente; los dermatólogos rara vez tenemos ocasión de observar los fagedenismos y serpinginismos venéreos de otros tiempos. Estos, si alguna vez se observan, son rápidamente modificados y constantemente curados.

Similarmente ocurre con los chancros intraprepuciales, que, por una fimosis accidental, no permiten un tratamiento local directo de los antiguamente utilizados y que constantemente exigían la abertura cruenta del prepucio, con sus consecuencias de chancrificaciones secundarias. Lo mismo ocurría con los chancros de localización fanal, frecuentes en las mujeres y siempre extremadamente dolorosos y de molesto tratamiento.

Sin embargo, a pesar de estas grandes ventajas de la vacunoterapia, existen algunas ocasiones en las que no puede ponerse en práctica y nos vemos obligados a dejar de obtener sus grandes beneficios. Este agente vacunoterápico, como todos sabemos, dadas las fuertes reacciones locales que toda inyección produce por vía intramuscular, es preciso utilizarle por vía venosa, produciendo en este caso elevadas reacciones febriles de 39 a 40°, precedidas de un fuerte escalofrío.

Estas reacciones febriles contraindican su uso en determinados enfermos de insuficiencia de miocardio, renal, tuberculosis pulmonar, edad avanzada, etc.; en

otras ocasiones, por condiciones propias del enfermo, fuera de un régimen hospitalario apropiado, también existen dificultades en el empleo de la vacunoterapia.

En estos casos, la curación de un chancro venéreo se obtiene con medicaciones locales, mientras no ocurre lo mismo cuando existe un bubón venéreo. Los tratamientos locales en éste fracasan, la adenopatía supura, se abre espontáneamente o la dilata quirúrgicamente el especialista, exigiendo más tarde un tratamiento siempre prolongdo y doloroso.

Con la técnica por nosotros ideada, estos inconvenientes estaban resueltos. Todos los bubones venéreos podían tratarse sin que existiera un solo caso de contraindicación.

Con anterioridad a nosotros, ya se habían puesto en práctica tratamientos similares mediante inyecciones intraganglionares de diferentes líquidos modificadores, y de antivirus específico, por Hababou-Sala; de vacunas polivalentes, por Pantitch, y la hemoterapia local, por Gómez Martínez en nuestro país, sin que hubiera sido utilizada la vacuna Dmelcos.

Hasta la fecha, después de una revisión bibliográfica, creemos que la vacuna Dmelcos intraganglionar ha sido por vez primera utilizada por nosotros. La vacuna la inyectamos en plena masa ganglionar, a la dosis inicil de 0'5 c. c., aumentando la dosis en inyecciones sucesivas, cada tres o cuatro días, a un centímetro cúbico y 1'5 c. c. como dosis máxima a inyectar. La inyección debe practicarse con aguja fina, para atenuar el dolor.

Es condición imprescindible para que la medicación no fracase, que el tratamiento vacunoterápico se inicie en los primeros días de presentada la adenopatía, antes de constituirse lo que el vulgo llama bubón, antes de que exista supuración ganglionar, pues si la adenopatía es fluctuante, la medicación fracasa. Por esta razón, nuestra técnica de tratamiento constituye un método de tratamiento abortivo, aunque existen algunos casos que también curan cuando todavía existe escasa supuración ganglionar. Según hemos indicado anteriormente, el tratamiento se comienza inyectando 0'5 c. c. de vacuna, aumentando después de 1 a 1'5 centímetros cúbicos; las inyecciones son puestas cada tres o cuatro días, según la reacción local producida, y 1'5 c. c. es la dosis máxima que se debe inyectar. En la mayoría de los casos son suficientes de tres a cuatro inyecciones para conseguir una total curación; con tres inyecciones hemos obtenido en la mayoría de los casos una total curación.

Con esta terapéutica, el chancro no sufre ninguna modificación favorable; es preciso someterlo a uno de los tratamientos locales ya de antiguo conocidos y utilizados.

Dados los resultados obtenidos, considerábamos que esta técnica de tratamiento vacunoterápico intraganglionar constituía el método de elección del bubón chancroso. Este tratamiento debe considerarse como abortivo, pues fracasa cuando ya existe abundante supuración ganglionar. Tiene la gran ventaja de poder utilizarse en todos los casos en que la vía venosa está contraindicada, por la falta absoluta de reacciones de carácter general, siempre molestas y, en ocasiones, peligrosas, y por la rapidez con que se observa la curación del bubón.

Con las normas indicadas, todos los enfermos fueron totalmente curados en un período de tiempo relativamente corto; no existió ni un solo caso de fagedenismo ni de serpingismo venéreo.

II. Linfogranulomatosis inguinal subaguda

La morbilidad de esta infección no sufrió modificación alguna durante la guerra. Escaso fué el número de enfermos, según ocurría corrientemente. Fueron observados diecisiete casos, que representaban el 0'30 por ciento del total de enfermos asistidos.

Durante esta época de vida del Dispensario Antivenéreo, publicó Sainz de Aja, en 1937, por vez primera, el excelente resultado obtenido con «Prontosil» en un caso de enfermedad de Nicolás-Favre. Este agente terapéutico fué utilizado por nosotros en el primer enfermo que tuvimos ocasión de observar, para más tarde utilizar otros derivados sulfamídicos, cuyos primeros resultados fueron publicados en *Semana Médica Española*, en noviembre de 1939, y más tarde, una casuística numerosa en la *Revista Argentina de Dermatología*, en 1940 (pág. 64).

En este último trabajo exponíamos nuestro criterio sobre la eficacia de esta nueva terapéutica y decíamos que poco había variado del que actualmente sustentamos.

La terapéutica sulfamídica, según los resultados de varios autores y los conseguidos por nosotros en la actualidad, decíamos constituía el tratamiento de elección de la enfermedad de Nicolás-Favre.

La observación clínica pone bien de manifiesto una evidente actividad terapéutica en todos los casos por nosotros tratados, actividad apreciable de forma preferente desde los primeros días del tratamiento, en las adenopatías supuradas y fistulizadas. En éstas, rápidamente, en pocos días, disminuye la supuración, que constantemente deja de existir. En las adenopatías no supuradas esta actividad indicada tarda más tiempo en ser manifiesta, aun siendo constante. Sin embargo, existían casos en los que en los seis primeros días de tratamiento la adenopatía llegaba casi a desaparecer.

Señalábamos por separado la actividad de cada uno de los preparados utilizados y el distinto resultado que podía obtenerse, según su asociación y forma de administración, habiendo comprobado que los azoicos coloreados, como el clorhidrato de sulfamidocrisoidina, eran los menos activos y que no conseguían aumentar la actividad de otros preparados asociando a éstos, los primeros. Contaban con mayor actividad, tanto las sulfamidas como las disulfamidas; estos productos debían utilizarse exclusivamente por vía gástrica, sin ser asociados a otros preparados.

De la experiencia que hasta la fecha habíamos adquirido, y con el concepto que teníamos formado, no podíamos ni tan sólo pensar qué producto perteneciente a las para-amino-fenil-sulfamidas o a las disulfamidas es el más aconsejable. Al parecer, todos ellos actuaban con actividad similar; tampoco teníamos concepto formado en relación a la dosis más conveniente, ni en cuanto a la técnica a seguir en la medicación, si ésta debía administrarse de forma interrumpida, con períodos de descanso, o si era preferible administrarla constantemente en forma de ciclos de ataque. Habíamos comprobado constantemente, según señalaba Gay, que las adenopatías, durante los períodos de descanso terapéutico, seguían disminuyendo de tamaño y la supuración se modificaba cuando eran abiertas, como prueba evidente de que la medicación acumulada en el organismo seguía ejerciendo su acción beneficiosa. Este hecho comprobado nos hacía pensar en una mejor tolerancia de la medicación al ser administrada en períodos de descanso, que había de permitir el prolongar el tratamiento durante más tiempo, dando con ello lugar a que regresaran completamente las alteraciones anatómicas

existentes y la curación fuera más definitiva. En ninguna ocasión habíamos observado que durante los períodos de descanso terapéutico la enfermedad se agudizara, sino todo lo contrario, había seguido mejorando.

Nos parecía posible que la asociación de otra afección venérea dificultara la curación. Así pensábamos frente al resultado obtenido en el tratamiento de una forma mixta sifilíticolinfogranulomatosa, en la que la terapéutica fracasó cuando la sífilis era activa, mientras que cuando ésta era tratada de forma específica, se conseguía la curación de la infección linfogranulomatosa con una nueva terapéutica sulfamídica.

III. Blenorragia

Esta afección, como siempre, ha sido la más frecuente; fueron asistidos tres mil noventa y cinco enfermos, que representan un 56'77 por ciento de los casos asistidos. Presentaron complicaciones quinientos setenta, que representaban el 18'18 por ciento (quinientos veinte casos de epididimitis y cincuenta casos de prostatitis). Solamente se observó un caso de reumatismo gonocócico.

La blenorragia fué tratada con lavados uretrales y uretrovesicales, utilizando una instalación adecuada de autolavados. Unicamente así pudo ser asistido el elevado contingente diario de enfermos blenorrágicos.

Estas instalaciones eran entonces indispensables en todo dispensario antivenéreo, a pesar de que existieran detractores de tal método de tratamiento de la blenorragia. Tenían sus inconvenientes, que debían ser aceptados, como el producir a veces complicaciones; pero debe reconocerse que éstas nunca eran tan frecuentes que desaconsejaran su empleo, con el que únicamente podían ser tratados un elevado número de enfermos, que exigirían un personal auxiliar de que se carecía en todo dispensario.

Los casos de blenorragia de pocos días de existencia, con abundante exudado uretral purulento, fueron sistemáticamente tratados con amarillo de acridina por vía venosa, conjuntamente con los lavados uretrales de permanganato potásico. Cuando existió una complicación glandular, bien prostática o epididimaria, se suspendía temporalmente todo tratamiento local y la enfermedad era tratada con amarillo de acridina y vacuna gonocócica, inyectada por vía hipodérmica profunda o intramuscular.

El número total de inyecciones de amarillo de acridina alcanzó la cifra de 17.497, y a 7.225, las inyecciones de vacuna gonocócica. La solución de amarillo de acridina se preparaba en matraces de 500 c. c., a una concentración del 2 por ciento.

Con el descubrimiento de Domakg surgió la quimioterapia de las infecciones gonocócicas por la para-amino-sulfamida; esta terapéutica fué estudiada por nosotros con la mayor atención, en el momento que dispusimos médicamente en cantidad. Primeramente fué puesta a nuestra disposición gran cantidad de «Septoplix» de Poulenc y «Ulirón» de Bayer, y en épocas posteriores dispusimos de otros preparados similares como la «Paramida Faes» y el «Gombardol».

Esta nueva terapéutica de la blenorragia, que justamente despertó gran interés, fué por nosotros enjuiciada con toda exactitud. Nuestro juicio pudo ser formado gracias al material clínico de que dispusimos y por haber podido ser éste observado y controlado con todo rigor, al tratarse de una enfermería de carácter militar, en la que existía la disciplina. Con disciplina se tenía la suficiente seguridad de que

diariamente ingerían los enfermos las dosis precisas de medicamento, que se administraba día por día durante el tiempo del tratamiento. Además existía, por parte de los enfermos, un factor importante cual era el deseo de curarse pronto para recobrar la libertad que al haber ingresado en el cuartel hospital habían perdido.

Con un debido control clínico y microscópico mediante exámenes periódicos, pudimos conocer pronto cómo las dosis por ciclos de tratamiento preconizadas por algunas casas productoras eran insuficientes y excesivamente prolongados los períodos de descanso. Por otro lado, desechamos ciertas pautas de tratamiento interrumpido, preconizadas por algunos autores.

Así pudimos, en nuestra ponencia sobre «La moderna quimioterapia de las afecciones gonocócicas», presentada en el Congreso de Sevilla, sistematizar el tratamiento en ritmos de ataque de seis días de duración, a las dosis de 3 gramos diarios, interrumpidos en períodos de descanso también de seis días.

Esta pauta de tratamiento era la aceptada por la mayoría de los autores, y por nosotros fué seguida sin variación alguna.

Pusimos de manifiesto la evidente eficacia de la terapéutica sulfamídica, sin aceptar las exageraciones y optimismos de algunos autores, así como los peligros y accidentes tóxicomedicamentosos, bien de tener en cuenta. Toda la enseñanza obtenida de nuestra enfermería militar en relación al tratamiento de la blenorragia está detenidamente reflejada en nuestro libro «Vacunoterapia y quimiotrapia de la blenorragia», editado en 1939.

Decíamos entonces que siendo indiscutible el gran avance recientemente dado en la terapéutica de las infecciones gonocócicas, con el empleo de las sulfamidas, no se había llegado con ellas a constituir un arma eficaz contra la lucha de la blenorragia, como constituyen los salvarsanes contra la sífilis. Si EHRLICH hubiese inventado su salvarsán preparado para ser administrado en comprimidos como las sulfamidas, el problema actual de la parálisis general y de la tabes posiblemente sería pavoroso. Las sulfamidas solamente son eficaces en enfermos forzosamente disciplinados, como ocurría en nuestro servicio militar. Exigen estos medicamentos una dosis precisa y un ritmo en su administración perfecto, al que generalmente no se sujetan los enfermos de la población civil. Estos, con frecuencia, abandonan todo tratamiento después del primer ciclo de ataque medicamentoso, y hasta, al iniciar éste, desde el momento en que el exudado uretral ha desaparecido, sin que su curación exista.

En la mayoría de las ocasiones, de nada o de muy poco servirá que reanuden más tarde una terapéutica, que casi siempre ha de ser también insuficiente, cuando no desordenada y seguramente capaz de crear un germen sulfamidorresistente, según admiten algunos autores. No faltaban tampoco aquellos casos en los que esta terapéutica había sido autopracticada, sin ningún resultado satisfactorio, por las razones antes expuestas, ante los que el especialista tenía que recurrir a otros tratamientos, renunciando a verdaderos beneficios que en momento oportuno podía haber obtenido.

Por todos estos hechos apuntábamos qué hubiera ocurrido si los salvarsanes se administrasen en forma de comprimidos y se vendiesen como se vende el bicarbonato de sosa. Después de existir una estadística publicada por nosotros («Diez años de tratamiento de la sífilis», *Actas Dermo-Sifiliográficas,* octubre 1939), en la que existe un 39'60 y un 49'10 por ciento de enfermos con sífilis en actividad que abandonen el tratamiento sin causa justificada, y sobre quienes solamente pesa

la obligación de asistir a la consulta del Dispensario en horas compatibles con su trabajo, donde gratuitamente encuentran el medicamento, fácilmente se admitirá que si este agente terapéutico se pudiese ingerir por vía bucal, sería una excepción el encontrar uno de estos enfermos esterilizado de su infección.

IV. SÍFILIS

Esta infección alcanzó el 19'46 por ciento de los enfermos asistidos. Como es natural, dominaron siempre las infecciones recientes con manifestaciones clínicas en actividad. La puerta de entrada de la infección en todos estos casos siempre fué genital; no se observó ni un solo caso de localización extragenital.

El diagnóstico y tratamiento de la infección se ajustó a las siguientes normas: Se realizaba siempre un examen serológico, practicando sistemáticamente tres reacciones (de hemólisis una y dos de floculación), al que, cuando era negativo, seguía un examen ultramicroscópico. Con este metodizado proceder, cuando existía un chancro se ponía de manifiesto si existía una sífilis seropositiva o seronegativa, rigurosamente diagnosticada al ser puesto de manifiesto el germen infectante.

En todos los casos de sífilis en actividad, el tratamiento fué todo lo intenso y rápido que los enfermos permitían; con sistematización rigurosa en dos días por semana, cuando la terapéutica era tolerada, se inyectaba una dosis de un arsenical trivalente por vía venosa y una ampolla de bismuto. La terapéutica comenzaba con 0'15 gramos del arsenical, para aumentar en dosis progresivas hasta 0'60 gramos como dosis máxima inyectada; se inyectaba en catorce inyecciones un total de 7'50 gramos.

Durante una época determinada, con el fin de acortar la duración del tratamiento, llegamos a inyectar 0'75 gramos como dosis parcial máxima, dos días por semana; la medicación era bien tolerada, pero los resultados observados frente a los exámenes serológicos obtenidos al finalizar la terapéutica, comparados con los que ordinariamente eran conseguidos sin esta dosis, para nosotros excesiva, no autorizaban su reiterada utilización. Por otra parte, el tiempo ganado era escaso, aproximadamente de una semana, y las lesiones en actividad clínica evolucionaban con la misma rapidez de siempre, con la desventaja de producirse una excesiva acumulación del medicamento en el momento en que eran dados de alta los enfermos. Las infecciones en latencia clínica eran tratadas con menor intensidad y rapidez.

Terminada la terapéutica antisifilítica, era siempre practicado un examen serológico. Con esta pauta de tratamiento, a decir verdad, no tuvimos ocasión de observar ni un solo caso de sífilis resistente a la terapéutica. Recidivas chancrosas fueron observadas en cinco ocasiones, meses después de finalizado el tratamiento.

La serología, cuando era positiva, evolucionó según las cifras siguientes, en las que figuran incluídos todos los enfermos, sea cual fuere el estado de su infección al comenzar la terapéutica.

Enfermos tratados con serología positiva	1.036
Negativizada la serología	258
Modificada de forma favorable	518
No modificada	270

Aunque los resultados alcanzados como próximos eran buenos, no podíamos pensar de forma análoga en cuanto al porvenir más o menos lejano de determi-

nados enfermos Por ello, refiriéndonos a una gran parte de sujetos con infecciones muy generalizadas, o con gran impregnación treponémica, y a otros muchos en los que existía una infección más antigua con serología positiva, cuando eran dados de alta y útiles para las armas pensábamos en su porvenir, ya que su infección quedaba muchas veces latente, pero no esterilizada, y que más tarde, por lo tanto, podría reactivarse. Pensábamos en un problema sanitario que quedaba sin resolver, ya que muchos de estos enfermos podían no volver a practicar nuevos tratamientos, y siendo así, en su día, al ser licenciados, volverían a su domicilio en un medio rural. Pensábamos que, terminada la guerra, deberían venir obligados a tratar y no abandonar su infección. Hoy, sin embargo, podemos decir que con la actual terapéutica no se ha creado problema alguno. Aunque tales enfermos hayan motivado algún contagio, han sido indudablemente menos de los previstos, y cuando ha ocurrido, la nueva terapéutica antibiótica ha esterilizado su infección.

La terapéutica fué bien tolerada; se produjeron el corto número de accidentes e intoxicaciones medicamentosas que siempre se producen. Podemos asegurar que no se produjeron tantos y tan graves como lógicamente hacía pensar el estado en que gran número de enfermos iniciaban su tratamiento. Eran aquellos enfermos depauperados, desnutridos, ateridos de frío y saturados de alcohol, que llegaban evacuados del frente de Teruel, con roseolas, chancros sifilíticos gigantes y sífilis papulosas generalizadas; es decir, infecciones desarrolladas en órganos pobres en defensas orgánicas, aunque jóvenes. Similarmente ocurría en otras épocas del año en las que no hacía frío pero el alcohol abundaba y las fatigas de la guerra no eran menores, en los frentes de Huesca, Cataluña y del Ebro.

En todos estos casos en que era imprescindible comenzar la terapéutica sin pérdida de tiempo y sin esperar a que el hígado se regenerase y sus reservas de glucógeno mejorasen, no fué elevado el número de ictericias que se produjeron, y entre las producidas no hubo ninguna que revistiese verdadera gravedad.

Fueron observados, como es natural, diversos accidentes que a continuación reseñaremos y que representan el 0'26 por ciento en relación a 14.542 inyecciones salvarsánicas puestas.

Tuvimos uno desgraciado. Se trataba de un sargento del Tercio, que inició la campaña en Africa, siguió con la toma de Badajoz, Toledo, Ciudad Universitaria, Oviedo, etc., en quien la tercera inyección de un arsenical por vía venosa produjo una crisis nitritoide de tal intensidad, que, a pesar de la terapéutica utilizada, produjo la muerte. Este es el único caso de crisis nitritoide mortal, después de veintinueve años en un servicio dispensarial, donde, sin exagerar, se habrán puesto aproximadamente ochenta mil inyecciones arsenicales por vía venosa.

Los accidentes e intolerancias observadas son los siguientes:

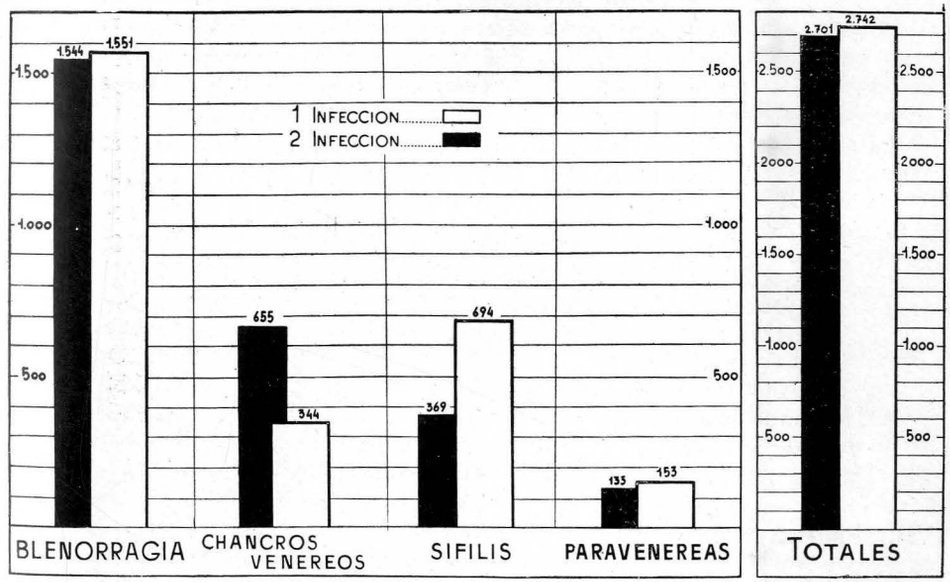
Crisis nitritoides	5
Ictericias	11
Exantemas biotrópicos	3
Extravasaciones venosas	4
Eritrodermias	0
Náuseas, vómitos	10
Reacciones febriles	5
Total	38

V. Infecciones mixtas y conjuntas

En varias ocasiones fueron observados enfermos afectos de dos enfermedades diferentes. La blenorragia, con gran frecuencia, se observa conjuntamente con chancros venéreos o con una sífilis.

Tampoco eran raros los chancros mixtos sifilíticos y chancrosos producidos por la inoculación del treponema y del bacilo de Ducrey. Menos frecuentes fueron, como es natural, las formas mixtas de sífilis y linfogranulomatosis por una inoculación o infección conjunta, en la misma zona mucosa, de ambos gérmenes productores.

En dos ocasiones observamos una sífilis reciente en período de chancro, en enfermos que padecían una linfogranulomatosis inguinal larvada. Estos dos casos motivaron un trabajo en el que planteábamos la hipótesis de que si la sífilis podía reactivar una linfogranulomatosis inguinal subaguda, hipótesis plenamente demostrada más tarde por el doctor May, en Montevideo.



VI. Enfermedades paravenéreas y no venéreas

Incluídas en éstas los papilomas genitales y las balanopostitis, poca atención merecen bajo el punto de vista, tanto militar como sanitario. Unos y otras curan en pocos días con toda facilidad.

Los sujetos afectos de sarna, entidad dermatológica dominante, no eran atendidos por nosotros; solamente fueron observados aquellos casos que, evacuados por una enfermedad venérea, padecían conjuntamente una sarna.

Una afección no venérea fué por nosotros estudiada en España por primera vez. Esta es la balanitis xerótica *obliterans post-operationem*, descrita por Sthümer, muy frecuente en la enfermería militar por nosotros asistida.

Para STHÜMER, esta afección representaba un proceso atrófico cicatrizal, de evolución progresiva, que, precedido de un estado inflamatorio bien marcado sobre glande y surco balanoprepucial, conducía a la desaparición de éste y a un estrechamiento y casi obstrucción del orificio meático. Para este autor, la afección radicaba en sujetos en los que anteriormente se había practicado la circuncisión.

Para nosotros, que no compartíamos este modo de pensar («Contribución al estudio de la balanitis inflamatoria crónica atrofiante», *Actas Dermo-Sifiliográficas*, mayo 1939), el mecanismo de producción era más sencillo. Por ello, decíamos, es simplemente la consecuencia de un estado inflamatorio crónico sostenido por una balanopostitis de repetición, motivada ésta por un estado fimósico congénito total o relativo.

Agrupados los distintos enfermos por enfermedades, alcanzan las cifras siguientes:

Sífilis	1.063
Blenorragia	3.095
Chancro venéreo	999
Enfermedad de Nicolas-Favre	17
Afecciones paravenéreos	286
Total	5.460

La asistencia del total de estos enfermos motivaron los siguientes tratamientos:

Inyecciones arsenicales por vía venosa	14.542
Inyecciones arsenicales por vía intramuscular	1.089
Inyecciones de bismuto	11.293
Inyecciones de amarillo de acridina	17.407
Inyecciones de vacuna gonocócica	7.225
Inyecciones de vacuna estafiloestreptocócica	498
Otras inyecciones	1.839
Lavados uretrovesicales	83.068
Curaciones y cauterizaciones	32.336
Total	169.297

VII. PROFILAXIS INDIVIDUAL

Después de lo expuesto, útil y necesario como profilaxis por el tratamiento, que, a decir verdad, es la base fundamental donde se apoya la verdadera lucha contra las enfermedades venéreas, la profilaxis individual bien practicada, en muchas ocasiones es el ideal. No en vano tantas veces se dice que más vale prevenir que curar. Esto sería ideal: prevenir antes que curar.

Con tal fin, y con el mejor deseo, iniciada la guerra, no dejó de ordenar el gobernador militar de la plaza, en la orden del día, que todo soldado practicase una debida profilaxis individual después de todo contacto sexual. Para ello, en el Dispensario Antivenéreo se estableció un servicio permanente, de las nueve de la mañana a las ocho de la tarde, al que los soldados debían asistir después de todo contacto sexual.

La idea no pudo ser mejor; pero también el fracaso no pudo ser mayor. En el Dispensario existía el personal sanitario necesario, debidamente instruído; también los antisépticos necesarios y pomadas profilácticas. En tres años que funcionó este servicio, solamente asistieron veintitrés soldados, y todos ellos después de un período de tiempo excesivamente prolongado para que la profilaxis practicada fuera eficaz.

Con este método de profilaxis individual no pasó ni más ni menos que lo que en otras ocasiones y en otras guerras ocurrió. La gran mayoría de la población militar no se ocupó de hacer profilaxis ninguna, y cuando la hizo fué ineficaz, y decimos fué ineficaz porque todo aquel que puso en práctica alguna medida profiláctica lo hizo fuera de un período de tiempo suficientemente corto para poder evitar una posible infección.

Consignaremos que, en general, se prestó poca atención a todo aquello relacionado con la profilaxis individual, pues en nuestras fichas puede observarse que el 98 por ciento de los enfermos dejaron de tomar, sin causa justificada, medida alguna después de sus constantes contactos sexuales. Sanitariamente, este hecho no debía ser tolerado, pues es perfectamente conocido que infecciones como las del bacilo de Ducrey son evitables con un simple lavado jabonoso, practicado precozmente.

Como no ocurre lo mismo con otras infecciones, este sistema de profilaxis, en cabinas profilácticas como la que funcionó en este Dispensario, es siempre poco eficaz; la mayor parte de las veces, estos centros son faltos de concurrencia, y cuando no ocurre así, recordaremos que no en vano en sífilis experimental se ha demostrado que a los ocho o diez minutos de inoculado el treponema, éste ha invadido el sistema linfático; no es posible en este caso, como es natural, evitar la infección con la sola aplicación de una pomada profiláctica sobre la zona de inoculación.

* * *

Con lo expuesto queda reflejado lo que fué el Dispensario Oficial del Estado al servicio de la Sanidad Militar en la guerra española.

Por nuestra parte no se escatimó esfuerzo alguno en cumplir con un deber patrio, procurando curar a los enfermos encargados a nuestra tutela, dentro de un marco puramente científico, aparte de aprovechar sus múltiples enseñanzas, que a diario ofrecían sus dolencias.

Así hemos reafirmado nuestro criterio, que una atenta observación de los enfermos, unida a una estrecha disciplina y la regularidad en el tratamiento, constituyen la base fundamental de una eficaz lucha contra las enfermeddes venéreas. Estas condiciones de asiduidad y regularidad absoluta en la terapéutica son siempre indispensables. Con ellas la tolerancia de la medicación antisifilítica puede afirmarse que es perfecta en la mayoría de los casos; y así dejan de existir las tan cacareadas sífilis arseno y bismutorresistentes y las infecciones recidivantes, y es un mito la existencia de los treponemas arsenorresistentes de que nos hablan algunos autores. Buena prueba de ello son los resultados, tanto clínicos como serológicos, que anteriormente hemos consignado. Similarmente ocurre con otras infecciones como la blenorragia.

Por ello, toda profilaxis por el tratamiento que no esté rodeada de las condiciones precisas que garanticen una absoluta vigilancia de los enfermos, no puede ser verdaderamente eficaz. El tratamiento ambulatorio de los enfermos, como generalmente se practica, residiendo éstos en sus respectivos cuarteles y cuerpos, ha

de estar forzosamente rodeado de más defectos que ventajas. Falta siempre un debido control por una excesiva libertad. Esta debe dejar de existir según ocurrió y según funcionó el Dispensario en Zaragoza.

Hemos señalado anteriormente el fracaso de la profilaxis individual, en la población militar. Este hecho, según decíamos, no es nuevo; ha ocurrido en varias ocasiones en otros ejércitos combatientes fuera de España; pero, a decir verdad, en un régimen militar no es admisible ni debe tolerarse.

El problema de la profilaxis individual es cuestión de organización real y práctica, no de conferencias ni propagandas a las que el soldado no presta la menor atención; no hay que pensar en que el soldado, a renglón seguido de todo contacto sexual, ha de asistir a un centro profiláctico cercano con el fin de hacerse una limpieza de sus genitales, cuando no exista tal obligatoriedad que al quedar incumplida ha de ser sancionada.

En los ejércitos combatientes de la primera guerra europea, fué una novedad la instalación de cabinas profilácticas, donde eran inscritos en un libro de registro aquellos individuos que de forma adecuada habían practicado una profilaxis, con el fin de ser castigados solamente aquellos que adquirían una enfermedad sin haber practicado una profilaxis. El fracaso de este sistema fué rotundo, por hechos antes apuntados.

RESUMEN

Hemos procurado reflejar la labor realizada en lucha antivenérea dentro de la población militar española, dando a conocer su estado de morbilidad, incidencias ocurridas con el tratamiento y resultados con éste obtenidos. Puede observarse qué tipos clínicos de enfermedades se observaron, cuál fué la frecuencia y qué enseñanzas sacamos de su observación. Ello fué objeto de distintas publicaciones, aparecidas en diversas revistas españolas y extranjeras.

Dirección: Don Jaime I, 16. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 396 - TOMO LXVII
MARZO 1959

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DEL INFARTO DE MIOCARDIO

POR EL

DR. PEDRO CASADO FERNÁNDEZ DE NANCLARES

TOLOSA

EL infarto de miocardio presenta agudamente problemas que exigen un exacto conocimiento del proceso con todas sus posibles complicaciones, para realizar una terapéutica de la que se puede esperar un buen resultado.

El aumento progresivo de la mortalidad por enfermedades del corazón, una de cada cuatro del total de fallecimientos acaecidos, en particular en los Estados Unidos de América, determinó el estudiar el problema con objeto de disminuir la causa más importante de la muerte cardíaca, la enfermedad de los vasos coronarios, siendo responsable del 10 por ciento del total de fallecimientos, ocupando hoy en día tanta importancia como el problema del cáncer. Es evidente el aumento de la mortalidad en las enfermedades coronarias; este hecho, que en nuestro país, en la actualidad, ya es fácilmente objetivable, ha sido comprobado en el extranjero; así, por ejemplo, en Inglaterra y Gales subió, de 1.880 casos en 1926, a 25.012 en 1945 y a 33.168 en 1947; en los Estados Unidos la mortalidad fué de 28.286 casos en 1930, de 101.467 en 1940 y de 113.636 en 1942, y CLELAND señala en Australia un aumento de la proporción de 1'1 por ciento en 1935 al 4'5 por ciento en 1946.

Pero asimismo es verdad que, a pesar de su indiscutible mayor frecuencia del infarto de miocardio, hoy se piensa más en ello y se diagnostica más, ya que el médico que asiste un caso de estos, con su dramatismo y con la gran responsabilidad, no olvida la angustia de estos momentos, que, según frase de CARRERAS PICÓ, «no raramente advierte el médico en sus propias coronarias la repercusión de lo que está ocurriendo en las de sus semejantes».

RESUMEN HISTÓRICO

LIAN divide este proceso en tres etapas: empieza la primera con el nombre de HARVEY, y en ella figuran nombres de tanto prestigio como COHNHEIM, HUNTER y JENNER, el descubridor de la vacuna antivariólica, quien precisamente en la autopsia de su amigo HUNTER comprobó la existencia de trombosis coronaria y relacionó por primera vez este hallazgo con los dolores anginosos que había padecido en vida y que ocasionaron su muerte. Durante esta época, los conocimientos que se tenían del infarto de miocardio eran casi exclusivamente anatómicos, aunque las observaciones de JENNER, de PARRY, de ELLEUME, etc., pueden señalarse como las primeras descripciones clínicas de esta enfermedad.

En la segunda etapa, que abarca desde fines del siglo XIX hasta el año 1910, se inicia con LEYDEN, en 1884, el estudio anatomoclínico del proceso, relacionando directamente el cuadro sintomático que los enfermos presentan con las lesiones de las arterias coronarias, que determinan sobre el miocardio una zona sin sangre, que sufrirá evoluciones anatómicas variables, descritas por aquel autor. A esta época corresponden también los trabajos de ODRIOZOLA, de HUCHARD, de KERNIG, de STENBERG y la tesis doctoral de RENÉ MARIE, etc.; pero, sin embargo, los enfermos en que el diagnóstico se hacía eran muy escasos, ya que era opinión general que éste no se lograba hasta la mesa de autopsias.

En el año 1910, a partir de los trabajos de OBRATZW y STRESCHESCO, de los de HERRICK y los de PLETNEW, es cuando los autores empiezan a pensar de modo distinto; pero es preciso esperar a las investigaciones electrocardiográficas de SMITH, de HERRICK y de PARDOE para que por todos se aceptara como verdad definitivamente adquirida que la trombosis coronaria aguda y su consecuencia inmediata en el infarto de miocardio tienen un cuadro clínico perfectamente conocido, que es preciso saber interpretar para hacer un diagnóstico rápido de estos enfermos. Para llegar a conseguirlo hay que tener en cuenta, no solamente aquellos síntomas clínicos que nos proporciona la exploración del enfermo, sino también los de carácter subjetivo que éste nos cuente y sus antecedentes patológicos, tanto personalmente como familiares. Naturalmente que no todos ellos tienen idéntico valor; pero todos son útiles, especialmente en los casos atípicos, para poder reconocer el síndrome que estudiamos.

EDAD

La edad debe ser tenida en cuenta, puesto que es un aenfermedad más frecuente después de los 45 años, alcanzando generalmente sus cifras más elevadas en la quinta y sexta década de la vida. Las estadísticas de los autores comprueban esta afirmación: en diecisiete casos de JEGOROW oscilaba la edad entre los 47 y 70 años; en setenta y un casos de trombosis coronarias que CRISTIAN menciona, solamente cinco tenían menos de 40 años, siendo el más joven de 31; en la estadística dada por WHITE, de cuatrocientos dieciocho casos, cuatrocientos tenían más de 40 años; la mayor parte de los enfermos que LEVINE cita en su estadística de ciento cuarenta y cinco casos, estaban ya en la séptima década de la vida, y sólo tres tenían menos de 40 años; por último, de los seiscientos casos de HOCHREIN, quinientos setenta y cuatro tenían más de 40 años, correspondiendo la mayor frecuencia a la quinta y sexta década de la vida, que dieron cifras de ciento noventa y cinco y doscientos veintisiete casos, respectivamente. Como se desprende de estos datos estadísticos, siempre que se sospeche la existencia de un infarto de miocardio, la edad del enfermo apoyará el diagnótico. Esto no quiere decir que sirva la edad en ningún caso para negar este diagnóstico de un modo absoluto; los estudios anatomopatológicos y electrocardiográficos demuestran que no hay motivo para ello. El caso citado por SCHAPS, en que comprobó en la autopsia de un niño de tres años un infarto de miocardio, es demostrativo, aunque excepcional.

SEXO Y CONSTITUCIÓN

La mayoría de las estadísticas están de acuerdo en señalar un predominio manifiesto por el sexo masculino, aunque el tanto por ciento varíe dentro de ciertos límites. Así, de los cuarenta y seis casos de LIAN, cuarenta y tres eran hombres; de los ochenta y tres enfermos de PARKINSON y BEDKORT, solamente once fueron mujeres; entre los seiscientos casos de HOCHREIN, el 82'2 por ciento eran varones.

La cifra más alta se alcanza con la de PEZZI, ya que en veinte casos había una sola mujer, esto es, el 95 por ciento de varones. Otros autores dan cifras más bajas: GALLAVARDIN, dieciocho hombres y diecinueve mujeres; RENÉ MARIE, que da cifras de veintidós y quince; DELROUX, de cien casos, da sesenta y ocho hombres y treinta y dos mujeres. Los aumentos se atribuían a la distinta vida de uno y otro sexo; trabajo cerebral y actividad física más intensa, efectos del alcohol y del tabaco en el género masculino; pero hay que tener en cuenta las observaciones de MINTZ y KATZ, según las cuales las arterias coronarias del varón son de pared mucho más espesa que las de la mujer, y, sobre todo, que esa diferencia anatómica puede ser observada ya en los niños recién nacidos, no siendo atribuíble al distinto género de vida.

Constitución.—Es frecuente el tipo pícnico, más que el asténico (CALANDRE).

PROFESIONES

Es de menor frecuencia en la clase de obreros manuales. En cambio, es más frecuente y ocupan el primer lugar las profesiones. Resulta que las ocupaciones activas, de inquietud y zozobra, de vida sedentaria, tanto como los de vida regalada, con buena mesa y comodidades, son los que dan más casos. Así, ha habido época en que se creyó que era enfermedad muy frecuente entre los médicos, y llegó a denominarse por algunos, en los Estados Unidos, «enfermedad del doctor», tanto la angina de pecho como el infarto; siendo también frecuente entre abogados y sacerdotes. Según la estadística de VELA, ocupan el primer lugar los comerciantes e industriales; en cambio, en la de LEY y SCHAGINTWEIT, fué tres veces más frecuente en los de profesión liberal. De todos modos, es seguro que los obreros, y en general la clase pobre, la padecen menos; por eso todos los autores citan la poca frecuencia de estos casos en los hospitales, siendo más bien enfermos de consulta privada.

ETIOLOGÍA

Para llegar a un acertado diagnóstico conviene conocer las condiciones genéticas del infarto de miocardio, pues su presencia o ausencia ha de influír necesariamente, aunque no de un modo decisivo, en nuestro criterio clínico. Entre las causas etiológicas estudiaremos primero la *sífilis*; antiguamente era considerada como imprescindible en todo síndrome doloroso precordial de tipo anginoso. Actualmente se piensa de distinta manera, y en lo que se refiere a infarto de miocardio, han influído en ello diferentes causas. Por una parte, la experiencia de todos ha demostrado que son una minoría los casos de trombosis coronarias que tienen antecedentes luéticos y mucho menos aún los que presentan signos clínicos o de laboratorio que acusan la presencia activa de esta infección. Así, la estadística de GROTEL, al lado de veinticuatro casos en que el infarto de miocardio fué producido por lesiones de esclerosis coronaria, había dos solamente en que aquél apareció consecutivamente a la obstrucción de la embocadura de estas arterias por aortitis luética y otras dos que el autor considera mixtas, pues existían simultáneamente ambos tipos de lesiones. De los noventa casos de LEVINE, solamente en tres fué positiva la reacción de Wassermann; de los sesenta y dos de LIAN, lo eran seis; entre los seiscientos casos de infarto de miocardio de HOCHREIN, había antecedentes luéticos en un 8 por ciento; en ciento cincuenta y seis casos de CRESPO ALVAREZ, había antecedentes luéticos en treinta y tres. También se deben recordar, respecto a este punto, los resultados de los estudios anatómicos, que coinciden con las estadísticas mencionadas. Así, WARKHIN pone de manifiesto que la sífilis lesiona especialmente la

aorta y las pequeñas ramificaciones coronarias, pero respeta generalmente los troncos importantes de estas arterias, y LEVY, entre los doscientos veinticinco casos de diferentes tipos de lesiones coronarias estudiados anatómicamente, comprobó doce veces estenosis u oclusión del orificio de origen, y dos veces infarto miocárdico. La importancia de la sífilis como factor etiológico del infarto de miocardio se ha querido señalar, no como causa directa de las lesiones coronarias, sino, sencillamente, sensibilizando estas arterias para que en ellas se desarrolle más fácilmente el proceso de esclerosis. Así lo defendía hace ya algunos años WARKHIN, quien dice que si bien es cierto que la sífilis coronaria no determina más que raramente lesiones de infarto de miocardio, también lo es que este proceso aparece más frecuentemente entre aquellos enfermos que han tenido sífilis, que entre los que no padecieron esta enfermedad. De igual modo se expresan LIAN, BLONDEL, BARRIEU y RIBAS, por una parte, y LAUBRY y SOULIÉ, por otra. Quizá sea una excepción a este hecho general lo que con las «formas juveniles» de infarto de miocardio sucede, ya que en ellos aparece la sífilis, casi siempre hereditaria, o con mucha frecuencia. Son importantes de señalar, respecto a este punto, los resultados estadísticos clínicos de GALLAVARDIN y los anatómicos de SCOTT y HELZ, pues ambos demuestran que el factor luético en la determinación del infarto de miocardio disminuye en frecuencia con el aumento de la edad. Por último, entre las relaciones sífilis e infarto de miocardio, hay que tener en cuenta la terapéutica bismútica y arsenical como preventiva de gran número de lesiones vasculares, para interpretar la gran importancia de antes y la escasa de ahora. No se debe olvidar la poca frecuencia de aquellos aneurismas aórticos que antes se veían con frecuencia relativa.

Otros factores etiológicos son las *lesiones de esclerosis coronaria*. La precocidad en la aparición de estas lesiones coronarias es bastante conocida, habiendo dicho GALLAVARDIN que «después de los 25 años no se encuentran coronarias completamente sanas». Sin embargo, merece recordarse la estadística anatómica de ROESSLE, que comprobó lesiones de esclerosis coronaria en el 10'6 por ciento de las personas de 15 a 20 años, y en el 34 por ciento de las de 35 a 40. Sin embargo, la creencia, tan extendida hasta hace poco, del papel preponderante del ateroma de las coronarias en la etiología del infarto de miocardio, no puede aceptarse hoy sin serias reservas. MORRIS (1951), examinando los protocolos de autopsia del «London Hospital», ha comprobado que la arterioesclerosis de la población en general ha ido disminuyendo en lo que va de siglo, en franco contraste con el reconocido incremento de la morbilidad coronaria; ELKELES (1957) observa que la arterioesclerosis es más abundante y avanzada en las mujeres de más de 50 años que en los hombres de la misma edad, no obstante ser en éstos el doble de frecuentes los infartos; CRAWFORD (1955) encuentra que en las personas que no han alcanzado los 40 años siempre se presentan dichos accidentes en los que menos arterioesclerosis tienen, y MORRIS y DALE (1955), que sólo una minoría de los individuos de todas las edades con arterioesclerosis grave llegan a sufrirlos. En realidad, ya LISA y RING (1932), en siete de cien casos de infarto de miocardio autopsiados, hallaron las coronarias absolutamente normales; FRIEDBERG y HORN (1939) dieron cuenta de treinta y siete casos de infarto cardíaco evidente sin oclusión coronaria demostrable; WANG y colaboradores (1948) encontraron que en el 39 por ciento de todas las necropsias de infarto de miocardio verificadas en un período de veinte años, en el «Hospital General» de Massachusets, no había sido posible demostrar oclusión coronaria alguna. En la reunión anual de la British Cardiac Society, correspondiente a 1957, el profesor MONTGOMERY ha referido que del estudio en cortes seriados, distanciados dos milímetros, de cien corazones que habían sido asiento de infarto, no pudo demostrarse trombosis alguna en un 45 por ciento, y en un 25 por ciento más, todos

los detalles anatomopatológicos observados permitían suponer que la existencia había sido producida con posterioridad al establecimiento de aquél.

Según HOCHREIN, ninguna relación patológica existe entre la *diabetes* y el infarto de miocardio. Se funda en sus resultados estadísticos, y por otra parte, en las investigaciones anatómicas de LEFKHVITS, que no encontró diferencias microscópicas fundamentales entre las coronarias de los diabéticos y los no diabéticos. La diabetes no lesiona las coronarias de una manera específica; no existen las «coronarias diabéticas» que algunos creyeron encontrar; pero esto no es razón para negar una mayor frecuencia de infarto de miocardio en estos enfermos. Recuérdese aquí la repercusión, en los diabéticos, de su enfermedad sobre su aparato vascular. A la estadística de HOCHREIN pueden oponerse las de otros, como la de LEVINE, la de CLERE, la de PEZZI, la de WILDER, etc., que acusan una mayor frecuencia de este proceso en los enfermos diabéticos, favoreciendo el desarrollo de procesos de esclerosis vascular común. Por ello la presencia de un síndrome doloroso precordial en un diabético nos debe hacer pensar en un proceso coronario, y la existencia de un infarto de miocardio debe inducirnos a conocer el metabolismo de los hidratos de carbono. Posiblemente, lo mismo que en la sífilis, el mejor conocimiento de la enfermedad y la insulina han disminuído la patología vascular de los diabéticos, y de un modo concreto, en los diabéticos, la patología coronaria, por lo que este factor etiológico aparece ahora en las estadísticas con menor valor que hace unos años. También se ha hecho jugar un papel más o menos importante al *reumatismo poliarticular agudo*, a la *gota*, a las *infecciones focales*, a la *enfermedad de Buerguer*, a la *periarteritis nudosa*, a la *enfermedad de Vaquez*, a la *intoxicación por el óxido de carbono*, al abuso del *alcohol*, a la *intoxicación por el plomo* y al uso del *tabaco*, aunque en este último factor ni clínica ni experimentalmente ha sido demostrado que sea capaz de producir lesiones arteriales degenerativas o inflamatorias; sin embargo, tiene una acción espástica sobre estos vasos, especialmente en las personas jóvenes, en los no habituados y en algunos pacientes con neurotonía vegetativa, lo cual puede tener una capital importancia. En efecto, al lado de la trombosis coronaria y de la obstrucción del orificio de origen de estos vasos, se han señalado otros tres mecanismos patogénicos diferentes en la determinación del infarto de miocardio; uno de ellos, excepcional: las *compresiones coronarias* (casos de LAUBRY y SOULIÉ, de PAPPARD y LARSONJ; otro, indiscutible, pero muy raro: las *embolias coronarias*, y otro, discutido en su importancia, pero casi constante: el *factor espástico*. Aunque no tan excepcional como las formas compresivas, son las formas embólicas bastante raras. Se han citado casos por LEVY (tres enfermos), por KERR (dos casos) y por WIRCHOW, que dió a conocer el primer caso. El émbolo parte unas veces de una endocarditis izquierda (WIRCHOW y MAC CALLUM); otras, de una trombosis ventricular (ROLLESTON y GALLAVARDIN), y otras, de un proceso flebítico por mecanismo paradójico, como en el enfermo de MAHAIN.

Según ISRAEL, deben considerarse cuatro grupos de *factores causales* en el infarto de miocardio: 1) *factores predisponentes*; 2) *factores fundamentales*; 3) *factores agravantes*; 4) *factores precipitantes*.

Entre los *factores predisponentes* tenemos la arterioesclerosis como elemento etiológico primordial de la obstrucción coronaria, debiendo considerar en esta predisposición todas aquellas condiciones morbosas que llevan a la esclerosis vascular: hipertensión arterial, diabetes, hipertiroidismo, gota, policitemia, envenenamiento crónico por el plomo. Al considerar los *factores fundamentales*, hemos de recordar que el infarto de miocardio puede ser la consecuencia de una obstrucción coronaria, pero que también se presenta en isquemias de diversa naturaleza, sin obstrucción vasal. En el primer grupo de estos factores se cuentan la trombosis vascular, la em-

bolia o la compresión externa por neoplasias. En los infartos por trombosis predominan en forma absoluta los debidos a la arterioesclerosis coronaria. Esta esclerosis puede actuar por la formación de un absceso ateromatoso, con acúmulo trombótico en la luz vascular y obstrucción consecutiva, o bien por la ruptura de un vasa vasorum coronario, con formación de un hematoma intraparietal. Son diversos los procesos no esclerosos que pueden conducir a la obstrucción coronaria. En primer lugar tenemos la calcificación de la túnica media, con proliferación fibroblástica de la íntima. Se presentan en algunos niños en los primeros meses o años de edad. A veces, la proliferación es tan intensa que produce la trombosis arterial. Sus factores causales no son muy conocidos, aun cuando se invoca corrientemente la perturbación en las relaciones calcio - fósforo de la sangre, en coexistencia, a veces, con procesos óseos destructivos. Entre los procesos inflamatorios tenemos la sífilis, que actúa atacando en primer lugar a la aorta, con una endoarteritis obliterante de sus vasa vasorum, que produce cambios destructivos en la túnica media del vaso, seguido de organización y cicatrización. Este proceso se dirige muchas veces a las válvulas sigmoideas, produciendo en ellas retracciones que llevan a la insuficiencia circulatoria y que envuelven en el mismo proceso la embocadura de las coronarias, estrechando notablemente su luz. En estos casos no invade nunca el proceso luético el sistema coronario, deteniéndose tan sólo en el orificio de entrada. Pero el cambio más importante de los vasos coronarios lo constituye la aparición de nódulos de Aschoff en su túnica adventicia, los que, al curar, dejan cicatrices colágenas extensas. La trombosis no es rara en estas lesiones del reumatismo, especialmente cuando el nódulo llega a la túnica media de los vasos. También se afectan las arterias coronarias en la poliarteritis nudosa, ocurriendo esta grave complicación en el 70 por ciento de los enfermos, la cual suele localizarse en las ramificaciones coronarias más pequeñas y en zonas dispersas, produciéndose así pequeños infartos diseminados. Son factores excepcionales la tuberculosis, la tromboangitis obliterante, los aneurismas de las coronarias. Aparte de la trombosis vascular local, es decir, la obstrucción por un proceso localizado en las mismas coronarias, existen las obstrucciones por émbolos originados en otros vasos más o menos distantes. Dentro de estas embolias, son frecuentes las originadas por la endocarditis bacteriana.

El tercer mecanismo de obstrucción coronaria lo constituye la compresión externa por el crecimiento de una neoplasia cardíaca, lo cual es verdaderamente excepcional.

Considerando los infartos sin obstrucción coronaria, estudiaremos en primer lugar las grandes aceleraciones del ritmo cardíaco: taquicardia paroxística, fibrilación auricular. El mecanismo de producción del infarto es, en estos casos, doble: por un lado, la disminución del aporte de oxígeno en la sangre; por otro, el aumento de los requerimientos metabólicos del corazón. La disminución del aporte oxigenado es debida a que durante las grandes taquicardias hay un marcado acortamiento de la diástole, período durante el cual es mayor la entrada de la sangre en el sistema coronario, existiendo además una disminución de la tensión arterial máxima y de la tensión diferencial. Hemos de recordar que cuanto mayor es tal tensión diferencial, mayor es el aflujo de sangre a las coronarias, y que la disminución de esta tensión hace disminuir el aflujo sanguíneo mencionado. Por otra parte, sabemos que el corazón consume más oxígeno a ritmo rápido que cuando se contrae con lentitud, merced a las precisas experiencias de WISSCHER y STARLING. Las lesiones producidas por las arritmias de cierta duración consisten en infartos pequeños localizados en las zonas profundas del miocardio ventricular izquierdo, con todos los caracteres de la necrosis hipoxémica descrita por BUCHNER.

Tales lesiones son mucho más frecuentes en los sujetos que presentan taquicardia paroxística y anteriormente tenían un sistema arterial enfermo. La hipotensión arterial brusca en un enfermo hipertenso constituye otro factor a considerar ante un infarto de miocardio; por lo mismo habrá que vigilar la anestesia raquídea en estos enfermos que pueden ser motivo de infarto de miocardio, sobre todo cuando afectan notablemente a la presión sistólica. También pueden ser causa de infarto las grandes hemorragias. Las lesiones de estos casos predominan en el miocardio ventricular izquierdo, sobre todo en su pared posterior, septum ventricular y músculos papilares, consistiendo en pequeños infartos, bien visibles macroscópicamente. La patogenia de tales lesiones reside en la disminución marcada del volumen mixto como consecuencia de la pérdida de sangre, con hipotensión, hipovolemia y disminución del retorno de la sangre a la aurícula derecha. Se han observado casos de infarto de miocardio múltiples en el curso de un shock (BLUMGART). Estos parecen ser producidos por la hipotensión arterial y la consiguiente esclerosis coronaria, pudiendo ser salvados mediante el empleo de cualquier medicamento hipertensor. Tal mecanismo etiopatogénico del infarto y su tratamiento han sido comprobados en la experimentación animal por PRINZMETAL y sus colaboradores, observando que en todos los casos de hipotensión arterial generalizada, no solamente pueden ocluirse las coronarias hasta dar lugar a la isquemia del miocardio, sino que el desarrollo de las colaterales está prácticamente suprimido. También puede ser la causa de un infarto agudo de miocardio cualquier traumatismo no penetrante del tórax.

Los llamados *factores agravantes* del infarto de miocardio solamente tienen importancia cuando se presentan en pacientes predispuestos al déficit de las coronarias, por algunos de los factores fundamentales acabados de mencionar. El más importante de ellos es el hipertiroidismo, que aumenta notablemente las necesidades miocárdicas de oxígeno. La anemia de cualquier índole, especialmente la de tipo hipocrómico, tiene también mucha importancia, por la disminución del aporte oxigenado. La obesidad ha de ser asimismo tenida en cuenta, puesto que sobrecarga de trabajo a la circulación central.

Entre los *factores precipitantes*, citaremos: el alcoholismo agudo, la hipotensión brusca que suele acompañarle; la hipoglucemia, por el aumento del volumen minuto; el sueño, por la disminución de la velocidad sanguínea, y los esfuerzos físicos y las emociones, por el momento súbito de la presión arterial y del trabajo circulatorio.

El hecho, comprobado anatómicamente, de la presencia de un infarto de miocardio con arterias coronarias sanas o ligeramente enfermas, así como también la observación clínica de la presentación brusca de un infarto, a veces hasta con rotura del corazón, consecutivamente a una fuerte emoción, como sucedió en el caso de JAFFE y BROS y en el de FUJINAME y DIETRICM, que HOCHREIN menciona y que incita a decir a este autor que a veces es verdad «que las influencias psíquicas pueden romper el corazón», ha inducido a suponer que, además de las lesiones orgánicas coronarias, juegan un importante papel los fenómenos vasomotores en la representación de este síndrome. En realidad, nadie duda que al factor orgánico se une siempre el factor espástico de un modo semejante a lo que con otras arterias sucede, y que este factor tiene a veces tanta intensidad que predomina sobre las lesiones arteriales mismas, aunque éstas hayan sido el punto de partida del reflejo; parece admisible que ciertas intoxicaciones, como el tabaco y otros accidentes, como las emociones, los traumatismos (cuando no provocan roturas de los troncos arteriales) y las infecciones focales (por mecanismo alérgico), pueden actuar determinando esta vasoconstrición, especialmente en personas predispuestas

por su constiución vasolábil. Más sorprendente resulta admitir como regla general esta neurotonía circulatoria como causa del verdadero infarto, y las lesiones arteriales, si se producen, como consecutivas a ella, pues parece oponerse a este concepto lo tempranas de las lesiones coronarias, por una parte, y la edad en que generalmente el infarto aparece, por otra. Más probable es que en las personas con distonía cardiovascular, las frecuentes alteraciones en el calibre de los vasos coronarios conduzcan a un precoz envejecimiento de ellos, con aparición de lesiones esclerosas, que han de ser, en definitiva, las culpables directas del infarto, por lo menos en la mayoría de los casos; pero sea de ello lo que quiera, es interesante no olvidar que en los estigmatizados vegetativos aparece el infarto con relativa frecuencia. CARRERAS PICÓ refiere el caso de un joven operario, orgánicamente normal, sin más antecedentes que una estigmatización vegetativa, y que, tras meses de trabajo «a tensión», de apremios y plazos, tuvo una trombosis coronaria con bloqueo aurículoventricular, señalando que por un mecanismo reiterativo de orden funcional en sujetos con angustia vital, puede bloquearse la transmisión sinóptica de tal forma que los impulsos viciosos incinden una y otra vez sobre el corazón, como órgano de afección, y sufrir este impacto reiterado el delicado mecanismo neurovascular coronario con todas las consecuencias que subsiguen a la acumulación local de catecolaminas, y por la vía del disturbio funcional, en sujeto constitucionalmente dispuesto, llegar a padecer de algo tan orgánico como una trombosis coronaria. W. RAAB dice que el papel de esfuerzos, emociones y otras circunstancias que se acompañan de descargas de catecolaminas en la producción del infarto de miocardio, está todavía sujeto a controversia; pero las coincidencias son suficientemente frecuentes como para considerar probable una relación de causa a efecto en cierto porcentaje de todos los casos. Si postulamos la participación de un efecto catecolamínico, se podría interpretar que la tendencia de los catecoles a dilatar súbitamente las arterias coronarias esclerosadas, estirando así la íntima, podría dar lugar a la ruptura de una placa esclerótica, con hemorragia local intramural y formación de un coágulo, en la misma forma que una erosión sobre el nudillo de un dedo sangrante debajo de la costra cuando el mismo es flexionado y la piel distendida.

Es curioso que en las estadísticas inglesas de MORRIS resultan menos expuestos a padecer de trombosis coronarias los cirujanos que los médicos de Medicina general, y YARZA, de Bilbao, lo atribuye con mucha lógica a que es el propio acto operatorio, con su propio esfuerzo muscular, lo que resuelve y neutraliza, al fin, una gran parte de la fuerte tensión nerviosa a que están sometidos, lo que no ocurre en la práctica puramente médica, en la cual la mayoría del contenido emotivo ha de ser reprimido, confinado, privado de exteriorización, reberberando, en consecuencia, amenazadoramente, sobre el sistema coronario. «Asimismo —dice el Papa a los cardiólogos—, que la frecuencia del infarto traduce acaso una consecuencia del ritmo trepidante de la vida moderna y de la usura que ella entraña para el organismo. ¿No es, acaso, típico que, según ciertas estadísticas, las clases acomodadas de la sociedad y las profesiones liberales sufran particularmente los ataques? El sexo, el tipo morfológico, la herencia, se ordenan también entre los factores importantes en la etiología de las coronaritis, donde la distonía neurocirculatoria reivindica, como Nos recordábamos, un ancho puesto.»

Por reacción de sensibilidad, se citan casos de infarto consecutivo a inyección de suero antitetánico (MATHIEU y col., HEINZ y BOAS); otros, ocasionados por veneno de abeja (MILNE); otros, por penicilina (PFISTER y PLICE), y otros, por aspirina (SHOOKHOFF y LIEBERMAN) y por preparados sulfamídicos hipoglucemiantes (DURÁN MOLINA).

HISTORIA FAMILIAR

La importancia de los antecedentes familiares en estos enfermos tiene, a veces, un valor decisivo, es decir, que cuenta o no con la carga hereditaria de cuadros o accidentes coronarios, o genéricamente vasculares, reiterados. Fueron probablemente LEVINE y TRAUTER quienes por primera vez, en el año 1918, hacían notar que el padre de uno de sus enfermos había muerto de angina de pecho, pero sin conceder interés a este hecho. Más interesante es el caso de GORDINIER, en que un enfermo con infarto de miocardio tuvo cuatro hermanos que murieron también probablemente de la misma lesión. PARKER hizo notar la tendencia indudable que ciertas familias tienen a padecer oclusión coronaria. En la monografía de LEVINE y BROWN se confirma esta hipótesis, especialmente en los casos en que el infarto de miocardio aparece en personas relativamente jóvenes. WILSON da más importancia a la tendencia familiar que a la sífilis en la etiología de este proceso. MUSSER y BARTON, después de un estudio minucioso de la bibliografía sobre este punto concreto, afirman que entre los enfermos con trombosis coronaria deben individualizarse dos grupos. Uno, el de los viejos con arterioesclerosis generalizada, en los que la lesión coronaria es un proceso más de las diferentes esclerosis vaculares y en los que la herencia no tiene valor alguno; y otro, el de los enfermos jóvenes sin lesiones generalizadas, con una tendencia especial a padecer exclusivamente lesiones esclerosas coronarias, y en los que la herencia juega un gran papel. CARRERAS PICÓ dice que al establecer un pronóstico y estimar sus reservas tiene en cuenta y da un gran valor a la historia familiar, hasta tal punto, que dice que todos sus casos que mostraron una irrefrenable marcha al exitus accesional o en rápido declive, ofrecieron, sin excepción, una impresionante historia familiar paralela.

FISIOPATOLOGÍA

El músculo miocárdico está irrigado por dos arterias principales: las arterias coronarias derecha e izquierda, procedentes de la aorta. La coronaria izquierda tiene, por regla general, a su cargo el abastecimiento de la pared anterior del ventrículo izquierdo, pared anterior del derecho en la zona próxima al surco longitudinal anterior, los dos tercios anteriores del tabique interventricular, una pequeña porción de la pared posterior de la punta, músculo papilar anterior izquierdo, pared posterior del ventrículo izquierdo y, muy raramente, una pequeña porción de la pared posterior del ventrículo derecho. Esta coronaria izquierda conduce al miocardio el 85 por ciento del total de sangre que recibe. La coronaria derecha nutre la pared anterior y posterior del ventrículo derecho y el tercio posterior del tabique interventricular; el músculo papilar posterior del ventrículo izquierdo y el papilar anterior del derecho están irrigados por ambas coronarias. La coronaria derecha lleva un 15 por ciento del total de sangre que llega al miocardio.

Hace años, y en virud de los trabajos de HERRICK, WEBER, SCHULTS, etc., se admitió, para los efectos de la patología y fisiología del corazón, que el sistema coronario forma un todo uniforme y único en cuanto a su función y forma de realizarla, comunidad fisiológica de ambas arterias que está regularizada y mantenida por las anastomosis entre ambas coronarias y sus ramificaciones, anastomosis precapilares y arcos anastomóticos entre las trabéculas y los mismos músculos papilares. Estas anastomosis intercoronarias en los corazones normales no tienen un diámetro superior a 40 micras; pero en el momento en que se establece una obstrucción arterioesclerótica, por ejemplo, u otra lesión cualquiera, llegan a alcanzar un diámetro que varía entre 500 a 200 micras, cumpliendo así una función de compensación a la circulación deficiente, aunque dentro de ciertos límites, llamada «reserva coronaria»; cuando este límite es sobrepasado, bien por aumento

o extensión de las lesiones o por mayor exigencia del trabajo cardíaco, aparece la anoxia del músculo (BLUMGART, SCHLESINGER y DAVIS). Que las anastomosis entre las arterias coronarias son tan reales como en otra parte del organismo, lo han demostrado PRIZMETAL, SINKIN, BERGMAN y KRUGER, perfundiendo, a través de una coronaria, hematíes marcados con fósforo radiactivo o microscópicas perlas de vidrio. Cuando el déficit coronario, por embolia o trombosis de una rama, produce en la zona del miocardio correspondiente una zona de necrosis o infarto que no guarda relación con el total del área nutrida por el vaso, sino que es más pequeña (BUCHNER) y muestra un borde irregular (HOWARD y BURCHELL), nos señala la eficacia de la referida circulación anatómica. La ligadura de la arteria descendente anterior, en el perro, no produce la muerte si se hace paulatinamente, y si se salva del accidente operatorio momentáneo, se observa que la circulación complementaria se establece por el ensanchamiento de los canales colaterales preexistentes, siendo evidente que es la porción periférica del vaso ligado la que se utiliza para el restablecimiento de la circulación; por tanto, si son ligadas la arteria circunfleja y la descendente anterior, las anastomosis se encuentran sobre la superficie del ventrículo izquierdo, y cuando sólo es ligada la circunfleja, se encuentran las anastomosis entre ésta y la coronaria derecha, en la porción terminal de ambas (KUGEL). La formación del infarto está condicionada al período de tiempo durante el cual se produce la isquemia, o sea, que en las coronaritis arterioescleróticas o sífilis aórticas que tienen una lenta evolución no llegan a formarse amplias zonas isquémicas porque la irrigación suplementaria protege al músculo de la anoxia brusca; los pequeños infartos formados no tienen propia sintomatología clínica, sino que su existencia está ligada a la insuficiencia coronaria que la produce, y sus signos son los mismos de la insuficiencia coronaria. El hallazgo anatomopatológico de zonas necróticas, que no tenían relación con la rama coronaria correspondiente, mejor dicho, localizadas en la porción terminal del área nutrida por el vaso con integridad de las porciones adyacentes y anteriores, perturbó el concepto de relación entre zona infartada y rama obstruída; la relativa frecuencia entre necrosis de la porción basal de la pared posterior del ventrículo izquierdo y obstrucción de la coronaria derecha, con integridad de la pared posterior del ventrículo derecho, puso de manifiesto el «infarto a distancia» del punto en que la obstrucción se produce sin que pudiesen estos infartos atribuirse a desigual compensación circulatoria, ya que la amplitud y calibre de los vasos anastomóticos en el ventrículo derecho y el izquierdo eran exactamente iguales (SPALTEHOLZ). Juega papel importante en este caso, para explicar el fenómeno, la actividad desigual de ambos ventrículos, por la sobrecarga funcional del izquierdo, con más exigencia de aporte que el ventrículo derecho (BLUMGART, SCHLESINGER, DAVIS, BUCHNER). El infarto de miocardio depende, pues, no sólo de la obstrucción coronaria y del tiempo que tarda en producirse, sino de la actividad funcional de la porción muscular correspondiente y, en uno y otro caso, de la compensación coronaria anastomótica. Tenemos aquí el principio del infarto orgánico y funcional.

Si se efectúa una oclusión aguda, no hay tiempo a que se desarrolle una circulación colateral. La reserva coronaria es cero, la anoxemia es completa y permanente, y los fenómenos necróticos son la regla, con la sintomatología aguda y brutal del infarto cardíaco masivo. Cuando se efectúa un estrechamiento muy lento, tiene tiempo de desarrollarse una circulación colateral lo suficientemente apta para satisfacer las necesidades de oxígeno del músculo, de tal manera, que cuando la oclusión completa tiene lugar, no hay anoxemia acentuada, porque la reserva coronaria está sólo disminuída. Entre estos dos extremos puede haber casos intermedios. Estos hechos pueden explicar satisfactoriamente esas formas frustradas del

infarto de miocardio, sin sintomatología clínica típica y especialmente sin dolor anginoso.

Sin embargo, nuestros conocimientos sobre la fisiología del árbol coronario son sumamente groseros; lo demuestra la ignorancia de la función reservada a los casos arterioluminulares, arteriosinusoidales y vasos de Thebesio, los cuales, sin duda, representan cortacircuitos de derivación rápida entre el árbol coronario y las cavidades cardíacas, pero además representan, seguramente, una función nutritiva de seguridad para el caso de que el descenso de la presión en el árbol coronario, por debajo de la existente en las cavidades cardíacas, dé lugar a una reversión de la dirección de la corriente. Este mecanismo nutricio es útil, incluso cuando la reversión se hace con sangre venosa; pero ésta, como es sabido, lleva todavía una concentración de oxígeno que la hace aprovechable. Fisiológicamente, este mecanismo contribuye a la nutrición de la capa miocárdica del ventrículo izquierdo, más cercana al endocardio. A este nivel, durante la sístole, la corriente capilar es detenida o frenada, por el hecho de que la presión intraventricular es superior a la existente en el interior de los vasos, por cuya razón es a este nivel donde generalmente se hacen visibles con más claridad los efectos de la anoxia relativa. El papel protector de la circulación retrógrada se deduce del hecho de que aunque la oclusión coronaria haya determinado la necrosis de todas las capas musculares, la zona más interna subendocárdica se mantiene siempre indemne (BAYLEY). Aun cuando no tengamos ninguna demostración de ello, parece lógico suponer que a estas estructuras les debe de estar reservado un papel importante en la distribución de la sangre, en los diferentes estratos de la musculatura cardíaca. En este sentido, tendría un gran valor el conocimiento de las diferentes capas musculares descritas por ROBB y colaboradores, en el miocardio, poseedoras de diferentes actividades funcionales y de distinta irrigación. El juego de apertura y cierre de estas estructuras puede determinar isquemias de diversas zonas cardíacas, pero, sobre todo, de distintas de estas capas, dando lugar, por el contrario, a un aumento del flujo sanguíneo en alguna determinada. No hay que olvidar que de los experimentos de estos autores se deduce la mayor importancia funcional de una de ellas, la del músculo bulboespinal profundo, cuya afectación es incompatible con la vida. No es aventurado suponer, por lo tanto, que pueda existir un dispositivo encargado de mantener a toda costa la nutrición de esta capa, en situaciones de apuro circulatorio, y que este dispositivo esté constituído por esas especiales estructuras.

En resumen: el déficit entre la demanda de sangre solicitada por el miocardio y la oferta de los vasos del corazón da lugar a la insuficiencia coronaria, cuyo concepto fué establecido por REIN. Así como el dolor del *angor pectoris*, con su alteración electrocardiográfica, es la expresión de esta insuficiencia (DIETRICH), que no necesita en algunos casos base anatómica, el infarto, más o menos grande, es la consecuencia de esta insuficiencia. La insuficiencia coronaria se produce no sólo cuando la circulación es deficiente, sino también cuando es normal o aumentada, si la demanda del miocardio es grande; si el déficit no se remedia, se presenta primero la anoxia y después el infarto con documento morfológico en la sección. También se motiva esta insuficiencia cuando se reduce el volumen de sangre, aun cuando las coronarias sean normales, como sucede en las bruscas hipotensiones; si se reduce el oxígeno, como en anemias, envenenamiento por el óxido de carbono o por una pobre respiración de oxígeno, como se da en los lugares altos o experimentalmente en las cámaras pobres de oxígeno; o por demanda excesiva y mal satisfecha, como sucede en la hipertrofia de la hipertonía y enfermedades vasculares, y como puede ocurrir con el aumento del trabajo del corazón en la tirotoxicosis y taquicardias agudas, etc.

Anatomía patológica

En la autopsia pueden no encontrarse lesiones en el miocardio si la muerte sobrevino inmediatamente después de la oclusión de la coronaria, como sucede a menudo cuando la rama ocluída es gruesa y falta por completo la circulación colateral vicariante; esta ausencia de lesiones se explica por haberse parado el corazón antes de establecer la necrosis. Sin embargo, lo común es encontrar un infarto blanco o ligeramente amarillo, de forma irregular, cuya superficie de sección tiene color gris sucio y puede presentar manchas hemorrágicas irregulares. El tamaño de la zona necrótica está relacionado con el diámetro de la arteria ocluída y con la eficacia de las anastomosis entre las ramas terminales. Se considera generalmente que el sitio de elección para la oclusión trombótica de las coronarias con ateroesclerosis es la rama izquierda en su porción descendente, a unos dos centímetros y medio de su embocadura; entonces el infarto ocupa la mitad anterior del tabique interventricular, la punta del corazón y la zona más baja de la pared anterior del ventrículo izquierdo; también puede encontrarse tejido necrosado en el músculo papilar anterior del ventrículo izquierdo y en la pared anterior del ventrículo derecho. Cuando se estudian sistemáticamente las arterias coronarias, se descubre que la coronaria derecha está estenosada por aterosclerosis, con frecuencia semejante a la izquierda (Schlesinger y Zoll); sin embargo, la oclusión de la coronaria derecha es menos veces causa de infarto del miocardio, que en tal caso ocupa la mitad posterior del tabique interventricular y la cara posterior de la pared del ventrículo izquierdo. Cushing, Feil, Stanton, Wartman y otros han descrito infartos del miocardio situados en la pared del ventrículo derecho o en la de las aurículas, suceso extraordinario que se debe a la oclusión de ramas colaterales de las arterias coronarias.

La forma del infarto de miocardio es, por lo común, muy irregular, y en ocasiones se encuentran varias zonas necróticas aisladas o confluentes; la explicación de este fenómeno está en la especial distribución de las últimas ramas arteriales y en sus numerosas anastomosis recíprocas. También es posible sorprender infartos del miocardio de forma cónica, sobre todo cuando son pequeños, con la base dirigida hacia el pericardio, y el vértice, truncado, hacia el endocardio. Muchas veces los infartos recientes del miocardio se manifiestan, al abrir la cavidad pericárdica, por la presencia de líquido serofibrinoso o por la de vellosidades muy finas de fibrina fresca que quitan el brillo natural del pericardio inmediatamente por encima de la lesión. Esta pericarditis fibrinosa se revela en la clínica por roce pericárdico, perceptible mediante auscultación. Sin embargo, la pericarditis falta a menudo, sobre todo en la oclusión de la coronaria derecha con infarto en la cara posterior del corazón, y cuando la porción subepicárdica del músculo se conserva sin necrosis merced a la circulación local obtenida por los vasos de Thebesio. Cuando la zona necrótica alcanza el endocardio pueden formarse trombos en las cavidades cardíacas; estos trombos parietales del corazón son más frecuentes durante el período de cicatrización del infarto, proceso que altera la superficie endocárdica con mayor intensidad que el infarto fresco, y los situados en el lado derecho pueden ocasionar infartos graves del pulmón.

Los infartos recientes son duros e inelásticos y pueden desgarrarse, originando la muerte súbita, porque la sangre inunda el pericardio y comprime las delgadas paredes de las aurículas y de las grandes venas, ocasionando el colapso del corazón. Si la necrosis del tabique interventricular cede, suceso menos común, se origina la perforación a través de la cual se mezcla la sangre arterial con la venosa, lo que se traduce por cianosis con graves alteraciones en la respiración de

los tejidos. De ordinario, la rotura del infarto va precedida de un reblandecimiento especial de la zona necrótica, que se ha calificado de miomalacia. Es difícil comprender que la pared del miocardio, completamente necrosada en un territorio bastante amplio, no se rompa con mayor frecuencia durante las contracciones sistólicas.

Cuando se estudia microscópicamente un infarto fresco del corazón, se encuentran siempre algunas fibras musculares relativamente bien conservadas, aun en el seno de las necrosis extensas; pero no es posible admitir que esos elementos, siempre escasos, puedan contribuir eficazmente y por sí solos a la resistencia del infarto. El problema se aclara en gran parte si se tienen en cuenta las fibras precolágenas, que normalmente forman en el miocardio un retículo de morfología particular, apoyado en gruesos tractos en forma de bucle (Calendre).

Este armazón se conserva intacto en los infartos frescos y se hipertrofia de manera muy notable durante los primeros días de la evolución de la necrosis, realizando un triple papel protector frente a la posibilidad de desgarro; en primer lugar, constituye un armazón resistente, cada día más complejo; después, contiene entre sus estrechas mallas los prótidos coagulados, más duros que las fibras musculares vivas, y compensan su friabilidad; por último, constituye el punto de partida más importante para la formación de la cicatriz fibrosa. Durante la miomalacia que precede a las perforaciones, las fibrillas precolágenas del miocardio se disocian en el lugar de la necrosis, quizá porque sus puntos nodales son destruídos por la acción de los fermentos contenidos en los macrófagos o en los leucocitos. Después de la cicatrización, los infartos aparecen en forma de manchas blancas duras y fibrosas. Los situados en las paredes externas del corazón adelgazan considerablemente el miocardio, que puede quedar reducido, sobre todo cerca de la punta, a menos de un milímetro; en estas condiciones, el ventrículo izquierdo suele dilatarse, unas veces forzado por la hipertensión y de manera difusa que se percibe mal en el cadáver, aunque bien con los rayos X durante la vida del enfermo, y otras de modo circunscrito, coincidiendo con el sitio de la cicatriz, lo que da lugar a un saliente bien marcado, el aneurisma cardíaco. En muchos individuos de edad avanzada con aterosclerosis de las coronarias, se encuentran a menudo pequeñas cicatrices en forma de manchas blancas, que corresponden a otros tantos pequeños infartos antiguos, originados en las ramas más finas de las arterias coronarias.

Sintomatología

Como dice F. de A. Estapé, los trastornos de la circulación coronaria reproducen fielmente los que se observan «de visu» en los vasos periféricos. La angina de pecho es un síndrome análogo al de la claudicación intermitente, y el infarto del miocardio puede equipararse a la gangrena de las extremidades, por la obliteración de los vasos de esta región. En estos síndromes, cualquiera que sea el grado del trastorno vascular, estenosis u oclusión, y cualquiera que sea el sitio en que se produce, el síntoma dolor, con sus peculiaridades, es un componente muy relevante del síndrome. El dolor, cuyo mecanismo patogenético no es completamente conocido, se adscribe a la isquemia, relativa en la angina de pecho y en la claudicación intermitente, y absoluta en el infarto de miocardio y en la gangrena de las extremidades de origen vascular.

Fase de comienzo. El dolor.—Herrick (1912) describe el dolor como síntoma inicial. El dolor de comienzo tiene caracteres peculiares de intensidad, de duración y de propagación, que permiten diferenciarlo claramente del dolor de la angina

de pecho. El dolor del infarto de miocardio aparece, generalmente, sin esfuerzo previo o incluso durante el sueño; es retroesternal, en barra, y es mucho más intenso que el del acceso anginoso. Por otra parte, así como en la angina de pecho es de corta duración (segundos o minutos), en el infarto de miocardio persiste horas y aun días y no es modificado por la trinitrina. Según la estadística de GROTEL, la duración mínima del dolor fué de seis horas, y la máxima, de doce días; LAUBRY y SOULIÉ señalan como duración media treinta y seis horas, y LUTEMBACHER cita un caso de seis meses de duración, con ligeras remitencias. El dolor se irradia a hombros, cuello y cara interna de miembros superiores, en especial al izquierdo, aunque son corrientes las irradiaciones bilaterales, y otras veces estas irradiaciones del dolor esternal son al vientre y son de mayor intensidad que el dolor torácico mismo y acompañadas de náuseas, vómitos, hipo, defensa muscular, etc., lo que hace pensar muchas veces en la posibilidad de encontrarnos ante un caso de «abdomen agudo». Si además se tiene en cuenta que el infarto de miocardio se acompaña bien pronto de fiebre y de leucocitosis con polinucleosis, se comprende el que en algunos casos hayan sido llevados estos enfermos a laparotomías, con desenlaces funestos. En algunos casos, más que el dolor propiamente dicho refieren los enfermos una opresión dolorosa que traducen en frases como las siguientes: «Siento una garra clavada en el pecho; como una losa que me apretase el pecho; creo tener fuego dentro», etc. La sensación de muerte inminente es prácticamente constante, y esta angustia dolorosa guarda relación con la intensidad del dolor y con la sensibilidad del enfermo, y es mucho mayor en aquellos que temían la presentación de un ataque cardíaco.

Sobre el mecanismo patogénico del dolor en el infarto de miocardio, se acepta generalmente que el origen del dolor está en la anoxia miocárdica, por la existencia de las sustancias P, de LEWIS, originadas en régimen de isquemia. Sería la claudicación intermitente del miocardio.

Actualmente se conocen las alteraciones que sobrevienen en el metabolismo de los hidratos de carbono a nivel de los músculos, cuando éstos trabajan insuficientemente irrigados; entonces hay un acúmulo de ácido láctico y de otros productos metabólicos por incapacidad parcial de regenerar el glucógeno. Si la irritación de las terminaciones nerviosas es por acúmulo de ácido láctico, del factor P. de los ingleses o de otro metabolito, es cosa que no se sabe con certeza. Pero se acepta más generalmente el factor P. La teoría de que la necrosis del tejido miocárdico es la causa del dolor, no es admisible por ser el dolor anterior a la necrosis. Otra doctrina es la que supone que el dolor tiene su origen en las paredes de los vasos coronarios. Las terminaciones sensitivas, que son aproximadamente 300 por centímetro cuadrado, se continúan por fibras nerviosas que forman la red pericoronaria, de la que parten vías que, ingresando en los nervios cardíacos medio e inferior y en los nervios cardíacos torácicos, convergen en los cuatro o cinco ganglios simpáticos torácicos; aun las fibras que penetran a nivel del ganglio cervical medio, descienden hasta el primero torácico. Desde aquí, y por las ramicomunicantes, se dirigen a las raíces posteriores de la medula, estableciendo conexión con una segunda neurona, la cual lanza sus terminaciones, igual que para otro tipo cualquiera de sensibilidad, a formar parte del haz espinotalámico.

En muchas ocasiones, los enfermos no sólo se quejan de dolor cardíaco, sino que las molestias se localizan en la pared anterior del tórax, en el cuello y en el hombro y brazo izquierdos, explicándose por MACKENZIE como una proyección hacia la periferia de las sensaciones dolorosas, que penetraban en la medula a cierto nivel. Según éste, los estímulos centrípetos irritaban las neuronas de los ganglios raquídeos, y éstas enviaban a los centros falsas sensaciones dolorosas,

que se referían a zonas por lo demás intactas; se trataría de dolore ilusorios, no originados a nivel de las terminaciones nerviosas periféricas, sino en los ganglios raquídeos.

Otra hiptóesis es la existencia de un reflejo axónico de conducción recurrente, según la cual el dolor se transmitiría a otras regiones y, por lo tanto, sería un verdadero dolor. Existe, sin embargo, un hecho, que es la existencia de alteraciones de la inervación vegetativa (téngase en cuenta que el simpático es dilatador, y constrictor el vago), a distancia, manifiesta por variaciones de la circulación, de la secreción sudoral, etc., que son capaces de representar por sí solas un estímulo doloroso y sobre éste recaer una contractura muscular, un vasoespasmo, etc., que, acentuando el dolor, cierra un círculo vicioso. Sólo aceptando esta realidad fisiopatológica podemos explicarnos la presentación en la clínica de periartritis del hombro, contractura de la aponeurosis palmar, fenómenos de Reynaud, esclerodactilia, etc., en el curso de una enfermedad coronaria. Es decir, que aparte de la posible existencia de un dolor ilusorio «referido» (ROSS), o de un dolor real, por reflejo axónico, existe una alteración vegetativa de las estructuras dependientes de los mismos segmentos a nivel de los cuales penetra en el sistema nervioso el dolor cardíaco, y que no sólo tiene importancia para explicar la persistencia del dolor, sino que puede tener trascendencia para la irrigación miocárdica.

Recíprocamente a la proyección periférica de reflejos vegetativos, se acepta la influencia que sobre la circulación coronaria pueda tener, a través del sistema nervioso autónomo, una enfermedad a distancia, como es el caso de las colecistitis, la hernia diafragmática, etc. Sería un error pensar que todos los casos de infarto coronario se acompañan de dolor o que el dolor existe siempre en la intensidad y formas ya descritas. Un buen número de las formas de infarto que se instalan lentamente, y aun algunas correspondientes al verdadero infarto agudo o subagudo, no tienen dolor o tienen alguna discreta molestia precordial, que nada recuerda al cuadro doloroso que presentan la mayor parte de estos pacientes. Este hecho fué señalado por OBRASTOW y STRAECHESCO en su descripción primitiva, quienes hicieron notar también que frecuentemente estos enfermos con infarto de miocardio sin dolor presentan, al instalarse el proceso, una intensa disnea, por lo que consideran este síntoma como un equivalente al dolor. Ambas observaciones son exactas y han servido de base a CHRISTIAN, a GALLAVARDIN, a GRAVIER y a DONZELOT para describir formas clínicas diferentes del infarto miocárdico; formas de principio brusco y formas insidiosas. En general, se ha observado que el dolor es menos agudo o falta en aquellos enfermos que presentan con anterioridad signos de insuficiencia circulatoria, en forma análoga a lo que sucede en los accesos de angina de pecho de esfuerzo, pues suelen cesar cuando en el paciente aparecen los síntomas que acusan una mala función del miocardio.

ROSEMAN (1954) revisa brevemente la literatura sobre el infarto de miocardio sin dolor. Estudia cuidadosamente una serie de doscientos veinte casos de infarto de miocardio demostrados por necropsias o electrocardiogramas seriados, y encuentra diez enfermos (4'5 por ciento) con infartos indoloros. De éstos, sólo cinco (2'3 por ciento) tenían historias adecuadas para la calificación de los casos; el disconfort fué considerado como dolor. De la revisión deducen que el síntoma más corriente en el infarto de miocardio indoloro es la disnea. Discute los diferentes mecanismos que se han invocado para explicar la ausencia del dolor, y se muestra de acuerdo con HERRICK en que el estrechamiento gradual y progresivo de las arterias coronarias puede originar un área que haya llegado a hacerse relativamente anestésica por la destrucción de los vasos, nervios y músculos funcionantes, de forma que, frente a una nueva obstrucción, falta la respuesta dolorosa. De los

cinco infartos indoloros en estas series, dos dieron una historia larga de angor y, sin embargo, no mostraron dolor en el momento del infarto.

Fase aguda.—En esta fase, además del dolor, encontramos otros síntomas como es el *shock;* aparece en los momentos en que se inicia el infarto miocárdico, generalmente con el dolor, y puede ser de variable intensidad. El enfermo presenta un aspecto con la piel pálidogrisácea, con manchas cianósicas, la nariz afilada, sudoroso, los ojos hundidos, casi siempre inmóvil, aunque la angustia y el dolor le pueden impulsar a cambiar de posición, buscando una postura que le alivie; el sensorio está embotado, y el pulso apenas se nota; da una sensación de muerte inmediata, que percibe el mismo enfermo y que muchas veces no tarda en llegar. HAUSNER y HOFF piensan que esa sensación de muerte no es debida a la lesión del corazón mismo, sino al edema cerebral que la acompaña. Es síntoma que falta pocas veces, y en algunas es tan profundo, que GALLAVARDIN y GRAVIER describen una forma clínica con el nombre de «infarto de comienzo brusco en forma de ictus miocárdico». Otras veces, el shock aparece con menor intensidad; pero siempre que existe, la gravedad del enfermo es mucha, y hasta que aquél desaparece, persiste ésta. Hay otras formas clínicas, descritas bajo el nombre de «formas insidiosas», en que el estado de shock no aparece. Además del shock inicial del infarto de miocardio, existe un shock tardío (tercer día en adelante), que es preciso no confundir con la agravación propia de aquella afección al instaurarse una insuficiencia cardíaca terminal. El diagnóstico diferencial debe ser rigurosamente planteado, por cuanto hay que actuar rápidamente para evitar un desenlace fatal inmediato. La confusión con una insuficiencia cardíaca puede evitarse mediante un estudio del estado circulatorio, especialmente de las tensiones arteriales y venosas, y de la existencia o no de signos de ingurgitación venosa, pulmonar o hepática (GREGORICH).

SELZER, para aclarar su patogenia, ha estudiado sesenta y nueve enfermos, a los que divide en cuatro grupos: I) Shock inmediato, poco intenso; II) Shock inmediato en su forma intensa, con terminación fatal; III) Shock coincidiendo con arritmias con gran alteración de la frecuencia cardíaca; IV) Shock de comienzo tardío, con descenso gradual de la tensión y terminación mortal en un cuadro de asistolia.

Revisa los dos tipos de factores, periféricos y cardiogénicos, que intervienen en todo shock y entre los cuales se viene a formar posteriormente un círculo vicioso. En los casos de los grupos I y II (sólo cuantitativamente distintos), el shock inmediato es atribuíble a un mecanismo reflejo neurogénico por el intenso dolor. En los casos del grupo II, la irreversibilidad se debe a sumarse factores cardiogénicos, a saber: los efectos perjudiciales de la hipertensión prolongada sobre el miocardio infartado y la contracción defectuosa del miocardio isquémico. En los del grupo III, el shock aparece en estrecho paralelismo con los trastornos del ritmo; en unos casos es el bloqueo completo, y en otros, la taquicardia paroxística, y en cualquiera de ambos, cuando se rebasan ciertos límites, puede producirse un cuadro de shock cardiogénico por disminuir el volumen de expulsión. En los casos del grupo IV, se trata del auténtico shock cardiogénico, manifestado por la progresiva insuficiencia del ventrículo izquierdo infartado. Ambos tipos de factores patogénicos, centrales y periféricos, se combinan a la larga en casi todos los casos.

Fiebre.—Pocas horas después de la presentación de los primeros síntomas del infarto aparece la fiebre, que al principio es moderada, pero se eleva en los días siguientes, para alcanzar su máximo a los dos o tres días y descender después en lisis, desapareciendo a partir del octavo día. Pero dentro de esto pueden darse

variaciones; así, al lado de casos en que aparece tardíamente, a los cuatro o seis días, hay otros en que se instala inmediatamente. Del mismo modo, a veces desaparece a las veinticuatro o cuarenta y ocho horas de haber comenzado, mientras que en otros, poco frecuentes, dura varias semanas, como los casos dados a conocer por LIAN (angor agudo coronario febril), por HAMMAN, por HERRICK y, sobre todo, por LAUBRY y SOULIÉ, que duró diez meses. Por regla general, en estas formas persistentes es preciso buscar la existencia de alguna complicación que la explique. La altura que alcanza la fiebre varía considerablemente. Es frecuente que se presente únicamente febrícula, que pasaría inadvertida si no se busca frecuentemente; SHILLITO, CHAMBERLAIN y LEVY así lo recomiendan, añadiendo que es conveniente investigar la temperatura rectal, mejor que la axilar y bucal. La trialdad periférica del shock hay que tenerla en cuenta para no engañarse. En otros casos, la fiebre es muy alta, lo que, en líneas generales, indica mal pronóstico. La comprobación de este síntoma, que para WILLIUS existiría siempre, tiene extraordinario valor para establecer el diagnóstico diferencial con los accesos de angina de pecho, que no se acompañan de infarto miocárdico. En cambio, si no estamos apercibidos de su existencia en los casos de trombosis coronaria, podríamos caer en el error de pensar en un proceso abdominal en aquellos casos en que los síntomas gastrointestinales son muy manifiestos. Se ha pretendido, por BUERKLEN, que la fiebre que determina la trombosis coronaria tiene como carácter especial el ser diferente en ambas axilas, teniendo temperatura más baja aquella a que corresponde la coronaria trombosada. La duración y altura de la fiebre parece estar en relación con la extensión del infarto.

La fiebre se ha pensado que es debida a la reabsorción de las albúminas de desintegración, producidas a nivel del foco exangüe. Sin embargo, STEMBERG piensa que es consecutiva a la pericarditis que se produce sobre la zona trombosada, y JEROGOW cree que se debe a las lesiones de tromboendocarditis parietal, que se desarrollan por dentro del infarto, ya que en cada contracción cardíaca se provocaría una compresión de aquéllas, que pondría en libertad sustancias piretógenas, que por vía hemática se diseminarían por todo el organismo. MERKLEN habla de una septicemia venosa, y LAUBRY y SOULIÉ dicen que también es posible que el proceso de arteritis subaguda pueda determinar la fiebre, independientemente de la necrosis. Sin embargo, FABRE y LINGUETTE efectúan la ligadura de ramas de las coronarias en el perro en condiciones de absoluta asepsia, para producir una zona de mortificación del miocardio. En la observación subsiguiente no encuentran la aparición de hipertemia, por lo que creen que, al menos en estas condiciones experimentales, la reabsorción sanguínea y el paso a la circulación de los productos de desintegración celular no son elementos generadores de hipertermia. Posiblemente su origen es múltiple, y así se explican sus variedades, aunque el hecho de ir frecuentemente paralela con la extensión del infarto hace suponer que el factor que más interviene en su producción está en el foco miocárdico mismo.

Síntomas circulatorios.—Pocas veces faltan signos clínicos que acusan la existencia de una insuficiencia miocárdica. La insuficiencia miocárdica, por sus caracteres y por el momento de su aparición, puede ser clasificada en inicial, temprana y tardía. A la *insuficiencia circulatoria inicial* corresponden aquellos casos de infarto de miocardio que se instalan sin dolor y en los que es frecuente encontrar en su lugar una disnea intensa, dando en conjunto un cuadro clínico de comienzo de tipo *edema pulmonar.* Son enfermos en cuyos antecedentes existen generalmente signos de insuficiencia circulatoria (GALLAVARDIN, GRAVIER, WEARN, etc.). En ellos, el principio del infarto se señala por una disnea intensa y acompañándola todos

los signos de insuficiencia aguda del ventrículo izquierdo; son las formas *cardiopléjicas iniciales*, en las que, al instalarse el infarto sobre un miocardio ya enfermo, provoca el derrumbamiento absoluto de éste. En los días sucesivos, al mismo tiempo que se presentan los otros síntomas del infarto (fiebre, leucocitosis, etc.), aparecen edemas, ascitis, derrames pleurales, etc., y con mucha frecuencia muere el enfermo en pocos días. Conviene aclarar que ni en todos los casos donde la disnea intensa marca el comienzo del infarto falta el dolor, aunque si existe éste no suele ser muy intenso, ni tampoco que todos los casos en que el infarto aparece sin dolor se presenta esta disnea. Precisamente las formas descritas por GALLAVARDIN y GRAVIER con los nombres de *formas latentes* y *formas larvadas*, en un principio, no aparece ninguno de los dos síntomas. En la forma de insuficiencia circulatoria temprana el infarto se instala con el cuadro doloroso clásico. El enfermo mejora en los primeros días; pero pasados éstos, aparecen síntomas de insuficiencia circulatoria, que si en un principio son discretos, rápidamente aumentan, poniendo en grave peligro la vida del enfermo. Muy frecuentemente aparecen como síntomas iniciales los estertores en bases pulmonares, y la respiración de Cheynes-Stokes, durante el sueño únicamente. Bien pronto ésta se hace continua y alterna con disnea al menor esfuerzo. Esta última se hace en seguida permanente, impidiendo dormir a los enfermos, que despiertan angustiados en cuanto inician el sueño. A la disnea acompañan los edemas, los trasudados, los estertores, no sólo en bases pulmonares, sino en todo el campo pulmonar; el aumento de tamaño del hígado, la cianosis, etc. La digital fracasa generalmente. La escrofantina intravenosa, los diuréticos mercuriales y la eufilina las mejoran algo más; pero muy frecuentemente, la asistolia se hace irreductible y los enfermos mueren. Estas formas corresponden a las *cardiopléjicas secundarias* y constituyen en realidad un tipo relativamente frecuente entre las formas graves del infarto miocárdico. Por último, la insuficiencia circulatoria no aparece en otros casos más que *tardíamente*, a veces de un modo espontáneo; otras, por abandonar el enfermo todo régimen y medicación. Es cierto que en estos casos persiste casi siempre un discreto dolor precordial y ligera fatiga de esfuerzo; pero si éste se evita, nada indica subjetivamente el proceso miocárdico.

Tensión arterial.—En el infarto, lo más frecuente es una caída brusca de la presión arterial, más aún la sistólica que la diastólica, no sólo en los que con anterioridad habían sido hipertensos, sino también en los que eran normotensos. Algunas veces las cifras de tensión que se recogen, aun bajas, no lo son en grado extremo. Si no tenemos datos tensionales del enfermo, de fechas anteriores, pudiera pasarnos inadvertido este trastorno. Si los tenemos, podremos comprobar que era un hipertenso, la mayoría de las veces. Pero no depende únicamente la cifra que comprobemos de la que tenía el paciente antes del infarto. La extensión y gravedad de éste y el estado anterior del músculo cardíaco, son también factores de primera magnitud. En términos generales puede decirse que la presión arterial es tanto más baja cuanto más grave es el infarto, encontrándose las cifras más pequeñas, muchas veces indeterminables de un modo exacto, en aquellos casos con shock inicial. Cuando después del descenso inicial la presión arterial va elevándose de un modo paulatino, aunque siempre lento, puede esperarse mejor pronóstico que si permanece baja o si desciende más en los días sucesivos. El descenso de la presión arterial es bien manifiesto para la máxima y para la mínima, aunque mayor para la primera. Por ello disminuye también claramente la presión diferencial. Tal constancia tiene este síntoma, que DUMAS lo ha denominado como *la firma del infarto*, y por YVON DELROUS, como la *señal testigo* de esta enfermedad. En algunas ocasiones esta caída de las tensiones va precedida de una momentánea elevación, que coincide con la iniciación del infarto. Esta caída tensional no es debida al dolor; hay otras manifestaciones dolorosas motivadas por otras causas, en las que no se acompañan de baja tensión; parece ser que esta caída de tensión en el infarto de miocardio es debida a reflejos cuyo origen radica en el corazón. Este dato de la presión arterial es de gran valor, sobre todo en aquellos casos de infarto que por la similitud con procesos abdominales se prestan a confusión. Si el ataque de dolor es producido por un infarto de miocardio, hay una caída tensional; si el dolor es producido por cualquier proceso abdominal, no tiene por qué haberla. Por último, la exploración oscilométrica pone a veces de manifiesto, especialmente en las formas graves, la existencia del *pulso alternante*.

Arritmias.—La mayoría de las veces hay taquicardia, cuando comienza el infarto, tanto más acentuada cuanto más grave es aquél. Hacen excepción los que tienen bradicardia inicial, que casi siempre es de tipo orgánico por lesión del fascículo de His o de sus dos ramas que han quedado en la zona isquémica. Por último, algunas veces, se conserva el ritmo con frecuencia normal en la fase aguda del infarto. Pasada esta fase, en los casos favorables es frecuente la restitución a la frecuencia normal. Los extrasístoles se presentan con mucha frecuencia (45 por ciento, según GROTEL). Generalmente son de tipo ventricular, aunque otras veces son auriculares o nodales (EAST y BEIN). Es difícil hacer esta diferenciación sin el electrocardiograma. Sin embargo, se aconseja auscultar cuidadosamente para ver si la contracción sobreañadida, junto con la precedente, determina tres o cuatro tonos, pues en el primer caso hay que pensar en el origen ventricular de la extrasistolia. GALLAVARDIN concede extraordinaria gravedad a la presencia simultánea de extrasístoles de origen diferente, polisistolia. GALLAVARDIN y FROMENT conceden la mayor importancia entre las alteraciones del ritmo cardíaco en los enfermos con infarto de miocardio, a la presencia de accesos de taquicardia paroxística ventricular, diciendo de ella, cuando se presenta con caracteres autónomos, que es uno de los síntomas de mayor valor diagnóstico en aquel proceso patológico. Diferencian dos categorías de enfermos: unos, con accesos dolorosos y taquicardia parosística ventricular autónoma, en los que el diagnóstico clínico es sencillo, y otros en los que los accesos dolorosos faltan. Entonces basta la comprobación del acceso de taquicardia paroxística ventricular para poder afirmar el diagnóstico de trombosis coronaria, lo que no puede conseguirse sin el auxilio electrocardiográfico. Corresponde a ROBINSON y HERMAN el mérito de haber descrito por primera vez esta arritmia en los enfermos con infarto de miocardio, pudiendo reproducirlo experimentalmente, como también lo ha hecho LEWIS, por ligadura coronaria. SPROULL cita dos casos en que el síntoma inicial fué un acceso de taquicardia paroxística, apareciendo al día siguiente el cuadro clínico clásico de comienzo del infarto cardíaco. También pueden presentar estos enfermos *fibrilación auricular*, que unas veces evoluciona por crisis paroxísticas y otras de modo permanente. Unas veces la fibrilación auricular aparece con el acceso mismo, generalmente en forma de taquiarritmia, otras más tardíamente, en las dos primeras semanas, y otras es aun más tardía y coincidiendo generalmente con un cuadro de insuficiencia circulatoria. En los casos de infarto auricular aparece con mayor frecuencia, sin que baste este solo síntoma para hacer el diagnóstico topográfico. También pueden presentarse en los enfermos con infarto de miocardio *alteraciones en la conducción del estímulo*, como son los *bloqueos de rama* (los más frecuentes de todos), el llamado bloqueo de *arborización* y el bloqueo *auriculoventricular simple;* todos ellos necesitan del electrocardiograma para su diagnóstico. También se ven algunos casos con bloqueo parcial o total del fascículo de His. No son

frecuentes. Unas veces son iniciales, otras más tardíos, comprobándose en ocasiones su desaparición después de un determinado período, especialmente entre los primeros. El bloqueo inicial tiene generalmente un significado pronóstico gravísimo, muriendo a veces el enfermo antes de dar tiempo a que el infarto se constituya (GALLAVARDIN y DUFOURT).

Las formas del infarto miocárdico acompañadas de bloqueo y síndrome de Stokes-Adams, han sido descritas raramente y denominadas por LIAN *estado de mal lipotímico*. La bradicardia, los bloqueos auriculoventriculares, la fibrilación y el flutter auricular, son casi siempre acompañantes de los infartos posteriores. La extrasistolia ventricular, las taquicardias sinusales y nodales y los bloqueos de rama izquierda, lo hacen con los anteriores.

Pericarditis.—Es debida a la propagación del proceso inflamatorio desde el miocardio hasta el pericardio, que le cubre. KERNIG, en 1905, ya lo describió como síntoma del infarto de miocardio, habiendo sido STERNBERG quien lo designó con el nombre de *pericarditis epiesternocárdica*, y por RINDFLEISCH, con el de *pericarditis del infarto*. Este roce pericárdico sobre el sitio donde la lesión asienta, aparece generalmente a los tres o cuatro días del comienzo de la enfermedad, y clínicamente se le observa raras veces, no sólo por su rápida desaparición, ya que suele durar a veces unas horas, sino también porque la mayor parte de los infartos no la producen. Así lo comprueban las investigaciones anatómicas de PARKINSON y BEDFORD (entre ochenta y tres, sólo diecisiete) y la de GROTEL (entre veintinueve, sólo cinco). Los infartos que casi exclusivamente pueden producirlo, son los consecutivos a la obstrucción del ramo descendente de la coronaria izquierda. Suele ser pericarditis seca, irritativa, aunque algunos autores, como WELHEIN y HOCHREIN, dicen que puede transformarse en exudativa o adhesiva. En fin, puede decirse que se trata de un síntoma difícil de comprobar, aunque cuando se consigue tiene un valor extraordinario, habiendo dicho de él BONCOMONT que si se escucha en un enfermo sospechoso de padecer una trombosis coronaria, equivale a hacer el diagnóstico.

Embolias.—Se trata de un signo tardío, consecutivo a las lesiones de trombo-endocarditis, que frecuentemente se producen por debajo del infarto. Según que el punto de origen tenga lugar en el corazón izquierdo o en el derecho, la embolia será de la circulación mayor o de la pulmonar. Esto se ha utilizado para conocer la localización del infarto, si bien no debe olvidarse que hay arterias coronarias que riegan ambos ventrículos, por lo que el infarto lesiona las dos simultáneamente. Este es el mecanismo general de las embolias en los enfermos con infarto de miocardio. Sin embargo, no es el único, ya que algunas veces una misma enfermedad de las llamadas embolígenas, por ejemplo, una fibrilación auricular, puede ser simultánea o sucesivamente la causa de la embolia coronaria determinante del infarto y de la embolia periférica. Esto mismo debe aplicarse a los procesos trombósicos periféricos, ya que en realidad la trombosis coronaria no representa otra cosa que un proceso vascular que puede tener también otras localizaciones.

Preciso es recordar que no solamente la existencia de un infarto expone al enfermo a una embolia, sino que también la presentación de ésta en un paciente que no presenta una enfermedad embolígena bien determinada debe incitarnos a investigar la presencia de un infarto del corazón, de la variedad denominada por GALLAVARDIN y GRAVIER *formas larvadas*.

Auscultación del corazón.—Los resultados de la auscultación dependen del tamaño y la localización del infarto, aparte del roce pericárdico y las alteraciones

en el ritmo, de las que ya hemos hablado. Los más frecuentes en estos enfermos son: apagamiento de los ruidos del corazón, ruidos de soplos orificiales y, más frecuente que ningún otro, el soplo sistólico en foco mitral y el ritmo de galope en punta. Los ruidos apagados, sordos y lejanos, recuerdan los que se oyen en casos con enfisema pulmonar, aunque la percusión precordial sirve para diferenciarlos generalmente, y se percibe difícilmente el choque de la punta mediante la palpación. El soplo sistólico que aparece en los enfermos con infarto de miocardio tiene, según los casos, diferente tonalidad e intensidad, en relación probable con su diferente patogenia. Para explicarlo se ha señalado unas veces la insuficiencia con dilatación del ventrículo izquierdo; otras, la desgarradura de una válvula; en otras ocasiones, la rotura de un pilar, o el infarto del pilar posterior, que dificulta el trabajo valvular; a veces, la formación de un trombo intraventricular, que impediría la coaptación de las valvas; otras, por último, la perforación del tabique. El soplo puede aparecer desde los primeros momentos del infarto; pero es más frecuente de presentación tardía. De valor semejante sería para LAUBRY y SOULIÉ el ritmo de galope en punta, con el que a veces alternaría. Es síntoma frecuente que pasa muchas veces inadvertido por el apagamiento de los tonos cardíacos. Por ello es preciso auscultar con atención y en la llamada *primoposición* para llegar a percibirlo (CRESPO ALVAREZ). A medida que el tiempo pasa y el corazón recobra su fuerza, los ruidos se escuchan mejor y con ellos el ritmo de galope. Esta explicación es la que dan LAUBRY y SOULIÉ a la afirmación de GALLAVARDIN de que se trata de un síntoma de aparición tardía, ya que, según el criterio de este autor, sería debido a la placa fibrosa que reemplaza al infarto agudo, y sería preciso, para que el galope apareciera, que dicha placa asentara en las paredes ventriculares anterior y posterior. Ambas afirmaciones han sido negadas por YVAN y DELROUS, que demuestran no solamente que el ritmo de galope aparece a veces inmediatamente después de la instalación del infarto, sino también que ha sido observado en muchos casos en que la placa fibrosa no estaba en los lugares señalados por GALLAVARDIN, sino en la punta, en el tabique interventricular y en el borde externo del ventrículo izquierdo.

Radiología.—En los casos de infarto reciente, especialmente si se localiza en la punta o en el borde externo ventricular izquierdo, se consigue percibir con frecuencia una zona donde los latidos son menos amplios o donde excepcionalmente no existen. Estas enseñanzas precisan a veces, para ser recogidas, rotar ligeramente al enfermo en uno u otro sentido, para buscar la zona de elección. En los casos de infarto antiguo, las enseñanzas son semejantes y además se comprueba a veces un aumento en la totalidad de la sombra, que es en ocasiones muy manifiesta por calcificación de la cicatriz. Pero las mayores enseñanzas radiológicas se obtienen, en los casos en que las paredes del ventrículo en la zona infartada se han dejado distender por la presión intraventricular, determinando un aneurisma cardíaco. Sin embargo, éste pasa con frecuencia inadvertido, por estar localizado en regiones de difícil o imposible exploración radiológica. A veces los enfermos que han tenido infarto miocárdico muestran en la exploración radiológica un abultamiento localizado en el borde ventricular izquierdo o en la punta, siendo éstos más difíciles de reconocer. MESTER describió como signos radioscópicos del infarto de miocardio una disminución local, ausencia o inversión de los movimientos de la silueta ventricular izquierda del área infartada, especialmente en la zona apical o supraapical, y consideraba que la anormalidad, si es visible en posteroanterior, representa un infarto anterior o posterior, mientras que si se ve en oblicua o lateral, es un infarto posterior.

Alteraciones en sangre. Recuento y fórmula leucocitarios.—La leucositosis con polinucleosis fué descrita por primera vez por LIBMAN en 1916 y comprobada en los enfermos de infarto de miocardio. Generalmente es más precoz que la fiebre, apareciendo seis u ocho horas después de instalado el infarto, y desapareciendo muchas veces después de aquélla.

La leucocitosis puede alcanzar su máximo dentro de las primeras veinticuatro horas. Según SLAPK, en la mayor parte de los casos persiste entre tres y ocho días, para continuar hasta tres semanas. Tiene, sin embargo, en la práctica este síntoma importantes variaciones; parece, en primer lugar, indudable que algunas veces no existe, aunque es más constante que la fiebre, habiendo algunos casos en que no se presenta ésta y aquélla sí. La cifra patológica de leucocitos es variable; para LIBMAN deben señalarse como cifras medias de 15.000 a 20.000. Sin embargo, con más frecuencia se encuentran cifras más bajas como valores medios; otras veces las cifras son más elevadas y durante mucho tiempo. En estos casos suele tratarse de formas con evolución purulenta del infarto (caso de GROTEL) o de una necrosis progresiva del músculo cardíaco (caso de LIBMAN), o la existencia de un trombo intraventricular, según se comprobó en otro caso de este mismo autor. Cifras moderadas de leucocitosis suelen aparecer más frecuentemente en las formas poco graves. HOCHREIN ha hecho un estudio pronóstico del recuento en estos enfermos a las veinticuatro horas del ataque, demostrando mayor frecuencia de supervivencias en los enfermos que tenían hasta 15.000 leucocitos, que en aquellos otros con cifras más elevadas. Según éste, la cifra más alta de leucocitosis que encontró entre los que se salvaron fué de 22.800, y entre los fallecidos, de 31.000. LEVINE y TRAUTER citan un caso de 33.500.

Existe una relación directa entre la duración de la leucocitosis y la mortalidad. La mayoría de los casos en que la leucocitosis se prolonga, muestran un infarto extenso y tienen un mal pronóstico. Los casos que siguen un curso favorable se caracterizan por una leucocitosis de corta duración (dos o tres días). HOCHREIN admite que en aquellas formas en que la leucocitosis se presenta instantáneamente y desaparece con mucha rapidez, puede ser independientemente del infarto y debido exclusivamente a la disnea (*leucocitosis por asfixia*, de FRAENCKEL y HOCHSTETTER). Y por esto cita la clasificación de HOLST, según la cual la leucocitosis en la trombosis coronaria puede ser de tres tipos: 1.°) Fugaz y de rápida desaparición, leucocitosis de disnea. 2.°) Forma media, de intensidad y duración; leucocitosis del infarto de curso normal. 3.°) De muy larga duración; leucocitosis por necrosis progresiva del miocardio.

La leucocitosis va acompañada constantemente de polinucleosis, oscilando, según las determinaciones de LIBMAN, entre 78 y 91 por ciento. Durante los primeros días es observado un aumento de los polinucleares, especialmente de las formas jóvenes (desviación del índice de ARNETH a la izquierda). La más alta monocitosis se presenta al final de la primera semana. GABRILOVE insistió en que en las fases precoces del infarto es muy frecuente hallar descensos y aun desaparición de los eosinófilos sanguíneos. Es conocida la eosinopenia que aparece en distintas infecciones, estados de caquexia y premortales, aparte de los estados que presentan la que SELYE llama *reacción de alarma* y que dicho autor atribuye a una descarga de hormonas suprarrenales. Pues bien, el recuento de los eosinófilos en el diagnóstico y pronóstico del infarto de miocardio ha sido llevado a cabo por KIRKEBY, el cual ha estudiado ciento cuarenta y nueve pacientes afectos de infarto de miocardio y ha encontrado un 3 por ciento en los que había cifras superiores a 50 eosinófilos por centímetro cúbico en el primer día posterior al infarto, y en un 6 por ciento, en el segundo día. En la mayoría de los enfermos en que no aparecía la

eosinopenia podían encontrarse antecedentes alérgicos o insuficiencia de las suprarrenales. Por ello, ante un caso dudoso de infarto de miocardio, el hallazgo de cifras normales o altas de eosinófilos habla en contra del infarto. Sin embargo, hay que tener en cuenta que existen procesos que pueden hacernos confundir con el infarto, en los que aparecen cifras bajas de eosinófilos, tales como en la embolia pulmonar, pulmonía, hiposistolia. Pero, sin embargo, en la angina de pecho nunca se da el caso de que evolucione con eosinopenia, lo cual nos puede servir para su diferenciación. La duración de la eosinopenia del infarto es variable, ya que a los tres días, el 15 por ciento de los enfermos no la presentan, y a los seis días ha desaparecido en el 75 por ciento de los enfermos. El pronóstico del infarto muestra un cierto paralelismo con esta duración de la eosinopenia. De ochenta y un enfermos en los que la eosinopenia duró menos de una semana, sólo dos fallecieron. Por el contrario, de veintitrés enfermos con eosinopenia más duradera, murieron dieciséis. Las diferencias entre estas cifras inclinan a que se generalice la práctica de los recuentos de eosinófilos en los enfermos de infarto, ya que a su sencillez une la utilidad de los datos que puede proporcionar al clínico. Tanto el recuento como la fórmula, como se ve, son datos que nunca deben dejar de explorarse, pues son síntomas de valiosa significación diagnóstica y pronóstica. Para explicar la existencia de la leucocitosis con polinucleosis, es aplicable lo dicho de la patogenia de la fiebre.

Velocidad de sedimentación de hematíes.—En 1931, RAVINOWITZ, SCHOOKHOUFF y DOUGLAS dieron a conocer por primera vez el resultado de la determinación de la velocidad de sedimentación de hematíes en diez enfermos con lesiones, al parecer indudables, de trombosis coronaria (tres de ellos con confirmación necrópsica), encontrando que estaba constantemente elevada. El mayor valor diagnóstico que esta determinación tiene, según el criterio de aquellos autores, residía en que, siendo de aparición más tardía que la fiebre y la leucocitosis con polinucleosis, persiste mucho más tiempo que ellas, por lo que permite, en ocasiones, confirmar un juicio clínico, cuando vemos al enfermo después de haber desaparecido la leucocitosis y la fiebre. Posteriormente, muchos trabajos sobre este punto confirman los resultados, destacando el de MILTON (1925), encaminado a confirmar la exactitud del procedimiento y a valorar su utilidad como guía para el tratamiento, especialmente en lo que se refiere a ciertos aspectos, como el levantamiento de la cama del paciente y la reanudación de su vida activa. Efectúa la determinación de cien enfermos de infarto de miocardio, confirmando este diagnóstico por exámenes electrocardiográficos o por necropsia. La velocidad de sedimentación eritrocítica resulta acelerada en noventa y siete de estos cien enfermos. Conviene recordar que en otras publicaciones SHILLITO encuentra idénticos resultados en el 98 por ciento de los pacientes, y CHAMBERS, en la totalidad de los que terminan por un desenlace fatal y en el 90 por ciento de los que curan de su lesión cardíaca. En lo que se refiere al momento más apropiado para la determinación, la experiencia de MILTON, de acuerdo con la de los restantes autores, señala el tercer día de la evolución del cuadro. Efectuada el primer día, carece de todo valor diagnóstico, mientras que en el segundo sólo tiene valor afirmativo en caso de aceleración, sin ningún significado en caso de normalidad. La máxima elevación de la velocidad de sedimentación se observa entre el tercero y el séptimo día.

Es cierto que en raras ocasiones se han encontrado valores normales, pero menos frecuente que con lo que en la fiebre sucede, BICKEL MOSTER y SCICLOPNOW atribuyen también a esta reacción valor clínico para juzgar el curso de la enfermedad, aconsejando que no se permita a estos enfermos emociones ni esfuerzos,

hasta conseguir cifras normales. Si en el curso progresivamente descendente de una velocidad de sedimentación en estos enfermos aparece una nueva elevación, hay que suponer la presencia de una complicación, según el criterio de BURAK. La velocidad de sedimentación tiene más duración que la fiebre, por término medio veinticinco días, y es el mejor índice de la evolución del infarto hacia la fibrosis. Otros signos observados en el infarto de miocardio son los de la llamada por HOCHREIN *insuficiencia secretora* o síndrome bioquímico; esto es hiperglucemia y glucosuria, aumento de la cifra de urea y bilirrubina en plasma, albuminuria pasajera y disminución de la eliminación del cloruro sódico, alteraciones del quimismo gástrico, modificaciones de la estabilidad de la fracción globulínica del plasma (modificación de la banda de coagulación de WELTMANN y aumento del nitrógeno residual, y aumento de fibrinógeno). Nos fijaremos brevemente en algunos de ellos.

A las pocas horas de presentarse el infarto de miocardio, acusan los enfermos ligera *hiperglucemia* y *glucosuria*, que desaparece a los dos o tres días. LEVINE fué el primero en describir esta hiperglucemia con o sin glucosuria. Según otros autores, esta hiperglucemia se presentaría al segundo o tercer día y persistiría durante tres o cuatro días más. BOULIN, VHRY y KAUFMAN miden las cifras de glucemia en cinco casos de infarto de miocardio, comprobando que ésta puede elevarse temporalmente hasta cifras de 2'5 gramos; incluso cuando es subnormal, se puede objetivar un trastorno en la glucorregulación, testimonio de lo cual son los valores sucesivamente recogidos en el enfermo. Estos trastornos no deben hacernos pensar en la existencia de una diabetes, sino que parecen ligados a una cadena de fenómenos entre los que figuran la alteración neurovegetativa con descarga de adrenalina, descarga de ACTH y descarga de glucocorticoides; también es posible que entre en juego una insuficiencia pancreática aguda y una insuficiencia hepática aguda. Su patogenia también podría ser determinada por un mecanismo doble: disregulación del mecanismo glúcido, de origen vegetativo, y alteración metabólica hidrocarbonada secundaria a la acción tóxica de los productos de reabsorción de la necrosis miocardia. Cuando no existe infarto, no se presenta ni la hiperglucemia ni la glucosuria.

Alteraciones en el potasio y sodio séricos en el infarto agudo de miocardio.—WILHELM determinó en diez pacientes con infarto agudo de miocardio el potasio y el sodio del suero. En todos los casos, durante la fase aguda de la enfermedad, el valor del potasio estaba elevado por encima de lo normal, y en la mayor parte de los enfermos el sodio se hallaba disminuído. Con la recuperación de los enfermos, los valores volvieron a la normalidad. Discuten la explicación de estos cambios, exponiendo los puntos de vista de CALHOON y colaboradores, y de FOX y BAER. La determinación del potasio y del sodio pueden ser de valor en el diagnóstico diferencial y en el pronóstico de este proceso.

Lípidos.—Es experiencia habitual que en la cardiopatía coronaria hay un aumento de la colesterina circulante, del cociente colesterina - fosfolípidos y de la proporción colesterina unida a las betalipoproteínas, en la mayoría de los casos.

Uricemia.—Aumento del ácido úrico en la sangre, se encuentra en la mayoría de los enfermos de infarto de miocardio (SAKARDY). La hiperuricemia sería, según este autor, más frecuente que el aumento de urea, y tiene, al parecer, en esta afección un valor pronóstico (STEINBERG), puesto que los pacientes a los que se investigó la uricemia murieron el 50 por ciento de los que se encontró elevada, siendo el pronóstico tanto más infausto cuanto más alta sea la uricemia. El fenómeno debe atribuirse al colapso reflejo del riñón, que origina una irrigación sanguínea insuficiente, con alteración de los glomérulos. Esto parece corroborarlo el hecho de presentar albuminuria todos los enfermos, con aumento de la uricemia.

Proteínas séricas.—REYNAUD y colaboradores estudian el comportamiento de las proteínas en el curso evolutivo del infarto de miocardio, no dándole gran valor, diciendo que tiene mucho mayor interés el estudio del glúcidograma que el proteínograma, especialmente cuando se determinan las glicoproteínas alfa 2, que son las más interesantes para el estudio de la evolución de la lesión miocárdica. Sin embargo, DONZELOT y KAUFMAN han observado un aumento de las globulinas, especialmente de la gama, determinación que, electroforéticamente realizada, tiene, según estos autores, gran valor pronóstico.

Proteína C reactiva.—La proteína C reactiva es una gammaglobulina que se presenta en los procesos infecciosos necróticos y neoplásicos y que precipita con el polisacárido C neumocócico. La reacción, según YOCUM y DOERNER, es más sensible que la de la velocidad de sedimentación globular; se hace más precozmente positiva y remite con mayor rapidez. En el infarto presenta reacción positiva más o menos intensa, según el grado de precipitación.

Transaminasa.—Ultimamente se concede un gran valor a la determinación de la actividad transaminasa del suero en el diagnóstico del infarto de miocardio. LADUE, WROBLEWSKI y KARMEN demostraron cuantitativamente dicho enzima en el suero humano; dichos autores pudieron ver que existía un aumento de las cifras en el suero en determinadas enfermedades, especialmente en el infarto de miocardio y en las enfermedades del hígado. Los resultados de sueros normales examinados por el método de KARMEN o por la cromatografía, arrojan valores desde diez a cuarenta unidades por centímetro cúbico minuto. LADUE y colaboradores pudieron ya indicar en su primer trabajo la presencia de cifras en 100 y 600 unidades en dieciséis enfermos con infarto miocárdico estudiados en los cinco primeros días después del comienzo de la enfermedad. LADUE y colaboradores refieren recientemente que sólo ocho entre trescientos enfermos dejaron de exhibir una elevación de la transaminasa de dos a diez veces superior a la normal después de un infarto miocárdico trasmural agudo, reiterando su primera impresión de que la altura de la concentración en el suero y la duración en el aumento eran groseramente proporcionales a la extensión de la necrosis del músculo cardíaco. KATTUS y colaboradores encuentran que las cifras de la transminasa en el suero comienzan a aumentar al cabo de seis a doce horas de presentado el infarto, alcanzándose al máximo en las veinticuatro a treinta y seis horas siguientes, para ir posteriormente descendiendo y normalizándose entre el quinto y sexto días.

CHINSKY y colaboradores encuentran asimismo que la mortalidad va paralela a la elevación de la transaminasa y que cifras superiores a las 200 unidades tienen un mal pronóstico.

Concluyendo, la determinación de la actividad transaminasa del suero (enzimas que catalizan una reacción metabólica reversible denominada transaminación) tiene un valor inequívoco en el diagnóstico del infarto de miocardio. Sin embargo, hay que tener presente que las elevaciones en el suero comienzan a partir de las seis a las veinticuatro horas, pero sólo duran a lo sumo tres o cuatro días, y, por lo tanto, si no se hacen las determinaciones en los plazos antes citados, es verosímil que las cifras que nos encontremos sean normales. Haciendo la extracción de sangre en el momento adecuado, la determinación de la transaminasa tiene un valor útil como adición diagnóstica para el infarto de miocardio, pero sin olvidarse de que como las elevaciones de la transaminasa se asocian con las lesiones celulares de diversos tejidos, para una valoración correcta de la prueba es preciso

que puedan excluirse otros procesos que sean capaces de producir asimismo elevaciones de dicho enzima en el suelo.

Por último citaremos, como un dato más, que KUUSISTO y TELKKÁ encuentran un aumento en la excreción de glucocorticoides, 11-oxiesteroides y 17-cetosteroides en la orina, que atribuyen a una hiperfunción de las glándulas suprarrenales.

Electrocardiograma.—El electrocardiograma, especialmente con las derivaciones precordiales y múltiples, y muy especialmente con el método de las unipolares (WILSON y colaboradores), es de una gran ayuda para el diagnóstico del infarto miocárdico. Según BAYLEY, en el electrocardiograma se reflejan las diversas alteraciones que se producen en la zona del infarto. En un infarto de miocardio se presentan tres zonas que modifican eléctricamente los movimientos de la cuerda del galvanómetro. Estas áreas, concéntricas, son de dentro hacia afuera; una zona de necrosis o muerte celular, una zona de injuria o lesión y una zona de isquemia. La zona de necrosis produce pérdida de la positividad del complejo Q. R. S., que se hace negativo y profundo; en otras palabras: aparece una onda Q bien caracterizada. Las alteraciones de las ondas Q afirman la necrosis. Se caracterizan, como decimos, por una importante negatividad inicial de Q, con desaparición del accidente R o difasismo de Q. R. S. La onda Q patológica es grande (por lo menos igual al cuarto de la mayor deflexión rápida), ancha (por lo menos 3/100 de segundo), franca; es el estigma fundamental de la necrosis miocárdica; puede persistir largo tiempo. La zona de la injuria o lesión produce una desviación del segmento S. T. Según su localización, se traduce por un decalaje de S. T. por encima o por debajo de la línea isoeléctrica, que pueden originar sea la *onda monofásica,* que parte desde muy arriba de la rama descendente de R, para alcanzar después de un trazado curvilíneo la línea isoeléctrica, habiendo englobado S y T, sea la onda coronárica de Pardeo, caracterizada por el descenso del espacio precedente, respetando R y T, para no dejar persistir más que un decalaje de S T. Estas anomalías son precoces y pasajeras. Es decir, esta desviación se hace según el sitio del infarto.

La zona de isquemia produce una inversión de la onda T. Esta se hace, pues, negativa. Es decir, las modificaciones de la onda T son el testimonio de la isquemia; el espacio Q T queda alargado; la onda T está invertida, en sentido opuesto a la desnivelación de S T; finalmente, la onda T toma un aspecto profundo simétrico y puntiagudo. Estas modificaciones persistirán a veces varios meses. Así, desde el punto de vista cronológico, se registra primero y de manera inconstante la onda en cúpula, que es efímera; muy rápidamente aparece la onda R de necrosis, que va a persistir quizá de manera definitiva; en los primeros días se observan además modificaciones de S T y de Q. La inversión de T, que hacia los quince días toma un aspecto asimétrico; finalmente, todas estas anomalías pueden desaparecer para no dejar persistir más que una onda Q patológica.

Evidentemente, el desarrollo de los hechos no siempre es tan esquemático. El cuadro electrocardiográfico total de un infarto de miocardio se halla caracterizado en resumen por: onda Q profunda; desviación del segmento S T; onda T invertida. Por medio de las derivaciones precordiales múltiples puede hacerse el diagnóstico del sitio de la zona del infarto, a saber: infarto anteroseptal, anterolateral, anterolateral alto o basal, estrictamente anterior, posterolateral, posteroinferior y estrictamente posterior. El infarto anterior y anterolateral es el que se diagnostica más fácilmente, por los cambios característicos en las precordiales derechas y medias (V/2, V/3, V/4). El diagnóstico del infarto posterior es más incierto. En las derivaciones *standard* (I, II, III): *a*) El infarto anterolateral (el

más frecuente) produce, en derivación I, desviación positiva del segmento S T; en la derivación III, desviación negativa del segmento S T. *b*) El infarto posterior produce, en derivación I, desviación negativa del segmento S T; en derivación III, desviación positiva del segmento S T. En las derivaciones precordiales: *a*) el infarto anterior produce desviación positiva del segmento S T; *b*) el infarto posterior produce desviación negativa del segmento S T.

Según el número y situación de las derivaciones precordiales afectadas, es posible llegar a una aproximación bastante satisfactoria sobre la ubicación del infarto.

El electrocardiograma es también un criterio excelente de la evolución de las lesiones (infarto reciente, en regresión o residual) por medio de los registros seriados puede observarse el retorno gradual del segmento R S T a la línea isoeléctrica, pudiendo persistir los cambios debidos a la isquemia (inversión de la onda T) y de la necrosis (Q S).

En vista de las dificultades que se encuentran frecuentemente en el diagnóstico electrocardiográfico de los infartos posteriores, se hicieron derivaciones esofágicas múltiples a distintos niveles ventriculares por BENCHIMOL, SCHLESINGER y COTRIM, puesto que una exploración incompleta puede a veces no revelar la presencia de lesiones localizadas en la pared posterior del ventrículo izquierdo. Otros autores, como EVANZ y HUNTER, emplean la llamada por ellos derivación CR7, colocando un electrodo en la línea axilar posterior izquierda a nivel del ángulo inferior de la escápula y el otro en el brazo derecho, con el mismo fin. Sin embargo, conviene saber que también el electrocardiograma puede presentar alteraciones profundas debidas a mecanismos no exclusivamente coronarios, como en la embolia pulmonar, en la cual puede haber repercusiones reflejas sobre los vasos coronarios, o sobrecargas en corazón derecho, pudiendo estar indemnes los vasos coronarios. En algias extracardiales se han señalado por GOLD, KWIT y MODELL alteraciones electrocardiográficas que atribuyen a un defectuoso riego coronario, como acaso ocurre en el shock pancreático agudo. Otras causas de modificación pueden ser: el déficit de K, tos ferina, encéfalopatía traumática, asma, o en el choque anafiláctico, jaqueca, etc., de cuya génesis no son responsables los vasos coronarios; todo lo más, se presentaría una constricción coronaria, cuya consecuencia anóxica es la que revela el electrocardiograma.

Otro punto es el parecido que presentan las curvas electrocardiográficas del infarto de WOOD, WOLFERT y BELLET, o infarto reciente de la pared anterior del ventrículo izquierdo, con los que se observan al administrar digital; esto hace que debamos evitar una falsa interpretación y por ello ser muy cautos en el juicio diagnóstico y pronóstico de un enfermo, sin antes haber indagado la situación de su tratamiento digitálico, si es que lo estaba tomando. En lo referente al diagnóstico diferencial electrocardiográfico entre las curvas *e c g* de impregnación digitálica y el infarto reciente de pared anterior del ventrículo izquierdo.

Con las técnicas actuales de derivación precordial monopolar, no cabe duda diagnóstica, ya que en la impregnación digitálica el desnivel «en cubeta» del S T suele ser negativo, por debajo de la línea isoeléctrica, manteniendo la T positiva, mientras que en el infarto anterior el desnivel suele ser positivo, «en cúpula». Ambas imágenes, la digitálica y la infártica, pueden ser similares en tomas precordiales en casos de infarto posterior; pero el estudio del resto del electrocardiograma, en particular de la DIII y la aVF, aclara siempre el problema. La lesión subendocárdica de cara anterior sí puede presentar problemas, pero no cuando el infarto está ya establecido. Tampoco nunca deben confundirse las al-

teraciones del electrocardiograma de la insuficiencia coronaria aguda con los del infarto de miocardio. Por último, los bloqueos de rama relativamente frecuentes hacen el diagnóstico más difícil, si no se recogen en la fase aguda, pues en la fase cicatrizal pueden anular por completo la imagen infártica, hasta tal punto de hacer imposible el diagnóstico retrospectivo.

Atipia del infarto de miocardio

No siempre aparecen los signos como acabamos de señalar, y así, el síntoma más llamativo, el dolor, no se presenta con el mismo carácter y localización e incluso puede con frecuencia faltar, como sucede en los diabéticos, en los hipertensos y en los viejos. En los diabéticos el cuadro se caracteriza con frecuencia por una forma peculiar de cansancio o astenia, primeramente señalado por Hochrein, y por el colapso vascular, estado nauseoso y vómitos; la temperatura es poco elevada. En los enfermos hipertensos y, en general, en todos aquellos que muestren un aumento del ventrículo izquierdo, el infarto se manifiesta, casi exclusivamente, por fracaso del ventrículo izquierdo con edema agudo de pulmón, si antes el enfermo no se había descompensado; porque si ya con anterioridad presenta signos de descompensación, entonces el cuadro está dominado por el aumento de los edemas y de la taquicardia, así como por una acusada intranquilidad motora. En estos casos, el colapso vascular es muy poco marcado.

Tanto en estos enfermos como en los diabéticos, se eleva la temperatura (conveniente sea tomada en el recto) y nunca falta la leucocitosis. No es fácil en estos casos diagnosticar el infarto, y no cabe duda de que es necesario el electrocardiograma para establecerlo, aunque clínicamente sea sospechado. La frecuencia de las formas atípicas es grande, alcanzando en las estadísticas más reales un porcentaje entre el 13'3 y el 40 por ciento. La relación causa y efecto, es decir, entre la localización del infarto y la expresión clínica atípica, sólo se debería a las características individuales, sin que exista ningún nexo fisiopatológico común capaz de explicarlo. Según Sorribes Santamaría, la atipia clínica aumenta paralelamente con la edad, no de un modo relativo, sino absoluto, y, por tanto, ha de ser siempre provechoso resaltar todavía más, en el campo de la Geriatría, esta forma clínica atípica del infarto de miocardio. En la estadística de Bland y White baja el índice de frecuencia del infarto del 36'6 por ciento entre los 50 y 60 años, al 10'2 por ciento entre los 60 y 80 años; en cambio, en la estadística de Lamelas, después de los 60 años, la cuarta parte de los infartos son indoloros. En la experiencia de Santamaría, los casos atípicos corresponden en su mayoría a personas de edad superior a los 65 años. Al hablar de la frecuencia de las atipias en el infarto de miocardio, en las edades avanzadas de la vida, no nos referimos a la oclusión coronaria crónica progresiva del corazón senil, sino también a la expresión clínicamente dismórfica de la oclusión coronaria aguda en la alta senilidad. En favor de todo esto se manifiestan Trías de Bes y S. Lucas, al decir: «El gran acceso anginoso, con su espectacular cuadro clínico completo, es más bien propio de los 50 años, y sólo por excepción se observa en el anciano.» En general, la razón atípica clínica del infarto de miocardio depende, en último término, de las eventuales variaciones individuales en las conexiones nerviosas, a fenómenos reflejos sostenidos por una particular labilidad neurovegetativa, o bien al fenómeno de sumación de estímulos al proyectarse la onda algiógena de origen isquémico sobre aquella otra zona de *latencia dolorosa*, correspondiente a un órgano afectado. A las razones fisiopatológicas de orden general de la atipia clínica del infarto de miocardio hay que sumar en el anciano la disminución de su sensibilidad, como consecuencia de la fibrosis miocárdica, la isquemia previa latente por esclerosis de las coronarias, con la consiguiente disminución de la denominada *reserva funcional vascular*, y, por último, a la existencia de múltiples taras, con mayor probabilidad de más zonas de *latencia dolorosa*, así como también a la probable elevación del umbral para el dolor de los receptores periféricos y centrales. Iandolo dice que hay que crear lo que él llama *mentalidad coronaria*, dada la frecuencia de la senilidad de las formas atípicas, única forma de diagnosticar precozmente casos de infarto que de otra manera no se hubiera pensado en ello.

Otras formas de atipia son clasificadas por Giroux, y también por Iandolo, en abdominales (gastroenteríticas, apendicular, perforativa, colecistítica, pancreática, íleal), cardiovasculares (asistólica, sincopal, colapsal, arrítmica, hipotensiva), broncopleuropulmonar (disneica, congestiva, edematosa, embolígena, pleurítica), neurológicas: cerebral (cefalálgica, vertiginosa, epileptiforme, confusional, comatosa, emboliforme), periférica (neurálgica), infecciosas, metabólicas etc. En consecuencia, en todos los casos en que se sospeche la atipia del infarto debe procederse a la obtención de un electrocardiograma que pueda aclarar el cuadro, ya que muchas veces es de difícil diagnóstico sin él, como en el caso que a continuación citamos:

C. A., de 79 años. Antecedentes familiares, sin significación. Antecedentes personales: bronquitis, obesidad y diabetes.

En febrero de 1958, bruscamente, presenta un dolor intenso en la cara, mejilla izquierda, que le produce por su intensidad un shock marcado, tratándosele con reposo, calor, tónicos, etc. A la hora, desaparición de la intensidad del dolor, quedándole sólo dolorimiento. Ligera disnea. Al día siguiente, sin ningún dolorimiento en cara, presenta una opresión precordial que ella refiere como una angustia intensa con sensación de «garra interna», que desaparece durante breves momentos, para volver a reaparecer con cualquier movimiento y acompañado esto de una disnea discreta. Arritmia con frecuencia de 59 a 42; ruidos cardíacos apagados y sin soplos. Tensión arterial, 12-8. Auscultación pulmonar: estertores húmedos, sobre todo en bases, y más en el lado derecho; ligeros edemas maleolares; ligero aumento hepático. En los días sucesivos, la angustia se hace dolorosa.

Es vista en consulta por el doctor Recondo, y dándosele cafinitrina, asmofilina (supositorios), yoduros, eufilina y Kombetin, mejora su dolor angustioso en las primeras tomas de cafinitrina, para mostrarse después ineficaz. En vista de que la enferma no mejora, se prescribe un electrocardiograma, que no se puede realizar por avería en el aparato apenas iniciado el electro. Se aplaza éste. La enferma sigue con su angustia, ligera disnea, arritmia, pero con sensorio despejado; y por la noche se levanta a orinar por no querer en cama, y en el momento de meterse en ella, fallece bruscamente.

En esta enferma, con sus bronquitis de repetición, su disnea y sus alteraciones circulatorias, pensamos en una repercusión de estas bronquitis sobre corazón derecho. Pero el dolor brusco de comienzo en zona de segunda rama de trigémino, la angustia continua, la fuerte tendencia a la bradicardia y la arritmia y el brusco final, nos hacen pensar en las formas atípicas del infarto, en este caso con su diabetes y su edad, cosa que hubiera sido aclarada con el electrocardiograma.

(Continuará.)

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 396 - TOMO LXVII
MARZO 1959
LIBROS

AUTORES NACIONALES

POR QUÉ LA MUJER NO TIENE HIJOS, *por el doctor* VITAL AZA. *Un vol. (11'5 por 17 cm.) de 115 páginas; rústica. Ediciones Ultramar, S. R. L. Buenos Aires, 1958.*

LA pluma siempre lozana del ilustre maestro doctor Vital Aza acomete en este delicioso librito, escrito con pulcra elegancia y con esa difícil sencillez que pone de relieve su amplia cultura literaria y dominio del tema, el eterno problema de la *esterilidad*, que tanto afecta a la felicidad matrimonial y al bienestar de la sociedad.

Con finalidad divulgadora analiza los distintos matices y causas que se oponen a la verdadera finalidad biológica de la mujer, a esa maternidad, de espíritu y del corazón, cuyo fallo le sumen en un supremo dolor y tragedia a la que difícilmente se resigna.

Aunque escrito para el público en general, su exposición, sumamente amena y grata, proporcionará también al médico, a la vez que interesantes recuerdos, entusiasmos y alientos para intentar, con todos los variados recursos de que hoy disponemos, la solución de muchos de los problemas que la esterilidad plantea y a los cuales podremos en muchas ocasiones combatir eficazmente. — RICARDO HORNO LIRIA.

ANALES DEL INSTITUTO RADIOQUIRÚRGICO DE GUIPÚZCOA. LUCHA CONTRA EL CÁNCER. *Un folleto (17'5 por 24'5 cm.) de 92 páginas. Imprenta de la Excma. Diputación de Guipúzcoa. San Sebastián, 1959.*

AL celebrar las bodas de plata de su fundación, el Instituto Radioquirúrgico de San Sebastián, que tan amplia y fecunda labor ha desarrollado en el transcurso de estos años, encabeza su publicación anual rindiendo homenaje a las dos figuras que hicieron posible la realidad de esa magna obra: S. M. la Reina doña María Cristina de Habsburgo-Lorena, que tanto hizo y alentó su creación, y el doctor don Luis Ayestarán, fundador y primer director del Centro.

En primer término se reseña la solemne sesión científica con que se conmemoró el aniversario, el 30 de agosto del pasado año, con asistencia del Director general de Sanidad, doctor García Orcoyen, y de todas las autoridades, y en cuyo acto hicieron uso de la palabra: el doctor Llombart; el actual Director, doctor Anguera; el señor Duque del Infantado y, por último, el doctor García Orcoyen.

A continuación, y como de costumbre en otras anualidades, se publican una serie de interesantes trabajos sobre temas oncológicos, de los doctores Llombart, Alcocer, Gastaminza, García del Río, J. A. Usandizaga, Irigaray, Videgaín y del profesor Chiurco, de Roma.

Finaliza esta interesante publicación con la reseña de las sesiones clínicas y conferencias pronunciadas.

Una vez más, y con gran modestia, se pone de relieve la notable labor que puede llevarse a cabo cuando se pone interés y voluntad en beneficio de la lucha anticancerosa, y se dota de medios a sus instituciones para poder hacer una terapéutica activa y una buena labor de educación en el público.— RICARDO HORNO LIRIA.

FORMULARIO CLÍNICO LABOR, *dirigido por el doctor* JUAN ROF CARBALLO. *4.ª edición. Un vol. (12 por 17'5 cm.) de 1.311 páginas; encuadernado en tela. Editorial Labor, S. A., Barcelona-Madrid, 1958.*

HAN transcurrido ya más de diez años desde que tuvo lugar la aparición primera de este Formulario, a cuya excelente presentación y cómodo formato se unía una acreditada guía terapéutica que orientaba perfectamente al médico en la aplicación de sus prescripciones. Sin embargo, a pesar de que en el tiempo señalado nuevas y copiosas ediciones del mismo se difundieron ampliamente el médico general esperaba con interés una nueva edición, *al día*, con que sentar las pautas más corrientes de tratamiento en las diversas enfermedades, ya que el continuo avance y aparición de fármacos de gran actividad, y la complejidad de sus acciones e incluso de sus peligrosos efectos, obligan a ser cautos en las dosificaciones y correctos en sus indicaciones y en el empleo.

Este volumen, sin perder sus características iniciales, se ha completado y modernizado, facilitando enormemente al médico su labor, conteniendo —merced a su impresión impecable en papel biblia— una gran cantidad de datos clínicos en que basan la indicación terapéutica y la aplicación técnica, la relación de los medicamentos más importantes, consideraciones generales y particulares sobre su empleo, y otros datos útiles variadísimos, que hacen de esta nueva edición, de cómodo manejo, un elemento indispensable para todo médico.

La dirección del doctor Rof Carballo, con la colaboración del farmacólogo doctor Escobar Bordoy y de una nutrida aportación de médicos prestigiosos, son una garantía de la bondad de esta obra, que siempre ha tenido entre los médicos de habla española un gran éxito y una difusión extraordinaria, que nuevamente será puesto de manifiesto en la reciente y esmerada edición que reseñamos y que Editorial Labor lanza con su pulcritud acostumbrada.—RICARDO HORNO LIRIA.

SESIÓN INAUGURAL DEL CURSO ACADÉMICO EN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE VALLADOLID. *Discursos de los doctores* ZAPATERO *y* LEOPOLDO CORTEJOSO. *Un folleto (17 por 24 cm.) de 62 páginas. Impreso en Ed. Sever-Cuesta. Valladolid, 1959.*

EN cumplimiento de los deberes inherentes al reglamento académico, el día 31 del pasado enero, y en la ceremonia inaugural del nuevo curso de la Real Academia de Medicina de Valladolid, pronunciaron sus discursos correspondientes: el doctor don Faustino Zapatero, como secretario de la entidad, para exponer la memoria del pasado curso; y el doctor don Leopoldo Cortejoso, que disertó con gran competencia y extraordinario acierto sobre un tema hondamente sugestivo: *Las manos del hombre y su valor en la expresión psicológica.*

Conociendo su profundo y delicado sentido literario, la belleza de su expresión y sus dotes como artista y como clínico, nadie puede dudar que ha expuesto el tema como un consumado maestro y como un gran poeta.

Con un flúido estilo, con descripciones ajustadas y haciendo gala de su amplia cultura artística, habla del simbolismo de las manos en la Historia, refiriendo gestos, expresiones y anécdotas; de su representación y expresividad en los distintos períodos del Arte; de sus singulares referencias en la Literatura; de su sentido filosófico y de su variado valor patológico en íntima relación con los estados constitucionales, terminando con unas preciosas páginas dedicadas a la expresión del alma en las manos.

Una magnífica prueba de su capacidad literaria, que ha conseguido en este bello discurso —que reproduciremos en breve para nuestros lectores— reflejar la armonía, el odio, el temor, la paz y la misma entraña del hombre.

Excelente comienzo de curso y espléndido discurso, que acredita, una vez más, la valía del ilustre tisiólogo y escritor.—RICARDO HORNO LIRIA.

CURSO DE REUMATOLOGÍA, *por* G. COSTA BERTIANI. *Un vol. (15'5 por 22 cm.) de 181 páginas; rústica. Ed. Instituto de Fisiología y Patología de Tenerife. Santa Cruz de Tenerife, 1958.*

RECOGE este volumen, pulcramente editado, la serie de conferencias pronunciadas por el autor, sobre temas reumatológicos, en el Instituto de Patología Regional de Tenerife.

El doctor Costa Bertiani es uno de los más eminentes reumatólogos del continente americano; su experiencia y su dedicación a esta especialidad desde hace más de veinte años, hacen de él un verdadero maestro, y el gran valor de estas conferencias está en lo que tienen de personal.

El autor ha huído de los alardes bibliográficos, presentando, en cambio, su punto de vista personal sobre gran número de cuestiones, con lo que el lector sale ganando, pues el contenido de todos los capítulos es eminentemente práctico.

El título de «Curso de Reumatología» es adecuado, pues se pasa revista a las principales cuestiones reumatológicas, como la fiebre reumática, la poliartritis crónica evolutiva (artritis reumatoide), artrosis, lumbociáticas, pie plano, etc., destacando la matización personal, no sólo en los encuadres y clasificaciones, sino en las normas terapéuticas.

Defiende la utilización del salicilato sódico en la fiebre reumática, de la que lo considera tratamiento específico, y previene contra el abuso de las hormonas (ACTH, cortisona, prednisona), vuyas elevadas dosis preconizadas por la mayoría de los autores producen a la larga complicaciones y perjuicios equiparables a los beneficios obtenidos. Aboga por el empleo de dosis pequeñas y discontinuas, que recuerdan más a las acciones fisiológicas y con las que ha obtenido excelentes resultados.

Considera la butazolidina y la irgapirina fármacos de gran utilidad en los procesos reu-

máticos crónicos, señalando que su uso requieren una serie de precauciones al manejarlos, que no siempre se llevan a cabo, con los consiguientes peligros.

Estos conceptos y otros muchos destacan a lo largo de su obra, en la que recoge abundante experiencia personal.

Muy interesante es el capítulo sobre el síndrome general de adaptación de Selye, cuyas teorías critica, tal vez con excesiva dureza, exponiendo su concepto de síndrome general de desadaptación.

Termina la obra con un capítulo sobre «Psicofilosofía del ejercicio de la Medicina», en el que estudia las causas de la situación de crisis por la que atraviesa la Medicina como profesión en su país (Argentina), pues plantea un problema análogo en muchos aspectos al existente entre nosotros.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

AUTORES EXTRANJEROS

OBSTETRICIA PRÁCTICA, *por el profesor doctor* W. PSCHYREMBEL. *Un vol. (16 por 23 cm.) de 673 páginas, con 460 ilustraciones; encuadernación en tela. Precio: 350 pesetas. Editorial Labor, S. A. Barcelona - Madrid, 1958.*

EL Manual de «Obstetricia práctica» que hoy presenta Editorial Labor, con sus ya clásicas características de sobriedad y elegancia, debido a la pluma del profesor Pschyrembel, médico - director de la Clínica Tocoginecológica y de la Escuela para Matronas del Hospital Municipal de Berlín, no es un libro más de iniciación a la asistencia de los partos a la manera clásica, sino una obra especial, que sorprende un poco, con características propias.

En ella se abordan los problemas actuales del ejercicio de la Tocología con un excelente criterio expositivo, para comprenderlos, primero, y aplicarlos, después, con seguridad, en el ejercicio ordinario de la profesión.

Lo más característico del libro es su lenguaje escueto, eludiendo teorías, problemas secundarios, discusiones científicas y problemás técnicos, así como citas bibliográficas. Todo ello va realzado con frecuentes variantes tipográficas, cuadros, caracteres destacados, resúmenes, etc., que contribuyen a resaltar las nociones fundamentales e imprescindibles. Una serie muy numerosa de grabados esquemáticos avaloran y aclaran el texto y los actos a realizar.

A pesar de su concisión, el texto no deja de ser ameno y ofrece una visión completa de la asistencia obstétrica y de la patología del parto, proporcionando un conocimiento sólido para la enseñanza; como dice el autor, «se ha de saber mucha Obstetricia para obrar poco».

La presentación, muy cuidada en todos los detalles, como indicábamos, satisfará al más exigente y constituye un nuevo éxito de esta casa editora.—RICARDO HORNO LIRIA.

ENFERMEDADES REUMÁTICAS, SU ORIGEN Y TRATAMIENTO, *2.ª edición, por el profesor* MAX HOCHREIN. *Un vol. (17'5 por 25 cm.) de 450 páginas, con 121 figuras; encuadernado en tela. Editorial Espasa Calpe, S. A. Madrid, 1958.*

EN enero de 1944, desde estas mismas páginas de CLÍNICA Y LABORATORIO, enjuiciábamos la primera edición de la presente obra. Pudiéramos suscribir cuantos elogios allí formulábamos; mas consideramos suficiente transcribir los siguientes párrafos:

«Del fárrago de libros y artículos que han aparecido en los últimos años sobre el reumatismo, sin duda alguna el mejor, o entre los mejores, se ha de colocar el que hoy enjuiciamos. Contribuye a ello, de una parte, la solvencia científica de sus autores, reforzada aún más por la elección que cada uno de ellos ha hecho en la redacción de aquellos problemas reumáticos que les ha interesado más a fondo; de otra, su orientación en un sentido práctico...»

Esto, que expusimos hace ya tres lustros, sigue siendo válido en la hora actual, lo que equivale a decir que los trascendentes progresos conseguidos en ese conglomerado de síndromes que catalogamos con el nombre de reumatismos, se hallan reflejados en esta segunda edición, auténtica revisión y puesta al día, con el obligado aditamento de nuevos capítulos.

La obra sigue el plan general de la primera edición, orientada esencialmente con finalidad práctica, rehuyendo las lucubraciones científicas y las discusiones que no repercutan directamente a la mejora del paciente reumático o a beneficiar a la lucha antireumática. La redacción de los diferentes capítulos está asimismo encomendada a diferentes especialistas, y su estudio comparativo, respecto a quienes lo redactaron en la primera y segunda edición, es curiosa, demostrándonos lo frecuente que debe ser en Alemania el cambio de residencia —e incluso fuera de las fronteras patrias— hasta por los maestros consagrados, y el detalle de que el mismo capítulo ha cambiado de autor, persistiendo alguno, aun cuando su redactor falleciera.

Con este remozamiento, la genéricamente llamada obra sobre reumatismo de Hochrein y colaboradores, seguirá entre las primeras mundiales que tratan de tales materias, sirviendo de consulta para el especialista y de estudio obligado para el aspirante a reumatólogo. Si se nos forzase a encontrar algún «pero», lo haríamos respecto a la traducción —sin duda, inferior a la primera—, a pesar de ser excelente, ignorando si es médico quien ahora la hace, resaltando la conveneincia de que, además de que lo sea, se muestre especializado en la materia que traduce.

La Espasa Calpe hace una edición lujosa por su magnífico papel couché y sólida encuadernación.—LUIS DEL CAMPO.

ATLAS DE TECHNIQUES CHIRURGICALE: LES GRANDES TECHNIQUES: COEUR, THORAX, ABDOMEN, CHIRURGIE PELVIENNE, *por* R. MICHEL-BECHET. *Dibujos de* P. CONTIER. *Un vol. (28 por 38 cm.) de 580 páginas, con 1.125 figuras; encuadernación en tela, con cubierta ilustrada y sobrecubierta transparente. Precio: 25.000 francos. Gastón Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeón, París, VI. 1959.*

ESTE volumen, que a todo lujo y en impresionante alarde tipográfico acaba de lanzar la acreditada editora médica parisina Doin et Cie., constituye un estimonio más de la importancia, cada vez mayor, que en nuestros días se concede a las imágenes.

Esto, que es una realidad en casi todos los aspectos de la vida moderna, cobra mayor interés cuando se trata de descripciones anatómicas o quirúrgicas, donde es indudable que la imagen constituye un lazo de unión entre la enseñanza y la práctica. Por ello, el autor pensó que un atlas de técnicas quirúrgicas, con un máximo de figuras y un mínimo de texto, podría rápidamente refrescar en la memoria, con indudable utilidad, los diferentes momentos operatorios.

La obra no tiene, por tanto, la intención de reemplazar los grandes tratados de técnica quirúrgica; pero, muy a menudo, la víspera de una intervención, su texto puede parecernos demasiado largo para una rápida lectura. El Atlas puede entonces facilitar una visión de conjunto y proporcionar en pocos minutos muchas enseñanzas.

No todas las técnicas han sido descritas; la elección se ha limitado a aquellas de empleo corriente en cirugía general, y muy a menudo en la obra se reproducen técnicas de diferentes autores; sin embargo, algunos procedimientos son personales, y muchos otros se han modificado convenientemente.

Los dibujos del Atlas son verdaderamente magníficos y de una gran impresión de realidad; la compenetración entre autor y dibujante ha sido absoluta. La sucesión de tiempos operatorios, la belleza de las imágenes, su claridad, su elegancia y la calidad de la presentación, hacen que esta obra sea un triunfo completo en todos los sentidos y que su publicación la consideremos como un acontecimiento en la literatura quirúrgica.

La distribución de operaciones y técnicas es difícil detallarla por su extensión. Aparecen primero las intervenciones corrientes sobre el cuello (tiroides, traqueotomía, vaciamientos ganglionares, frenicectomía, etc.); después, las del tórax (cáncer de la mama, toracotomías, hernia diafragmática, etc.). Siguen a éstas las operaciones abdominales típicas: hernias, laparotomías, operaciones sobre intestino delgado y colon, sobre el estómago y las vías biliares, finalizando con las del recto y cirugía pelviana. En la última parte, también muy amplia y que abarca el centenar de folios, se describen la casi totalidad de intervenciones habituales en ginecología, tanto por vía abdominal como vaginal.

El esmero en la presentación de la obra y el cuidado puesto en todos los detalles de este libro, acreditan el prestigio indudable de la casa G. Doin.—RICARDO HORNO LIRIA.

TRAITEMENT DES MYCOSES, *por* J. YATÉ y J. COUDERT. *Un vol. (15'5 por 24 cm) de 280 páginas; rústica. Precio: 2.950 francos. Gaston Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeon. París, VI. 1958.*

PODEMOS comenzar diciendo que esta monografía es completa, conteniendo relación y cita de los trabajos más modernos, y es tan completa y de tal extensión que constituye casi un tratado de micología humana.

En su primera parte, en un total de 67 páginas, son estudiados los caracteres generales de los distintos hongos patógenos del hombre. Expone las reglas generales en el tratamiento, ocupándose de los ácidos grasos no saturados, de los derivados benzénicos, antifungitivos diversos y de los antibióticos.

En su segunda parte hacen un estudio ligero y describen las distintas micosis, microsporeas, tricoficias, favus, herpes circinado, tricoficias supuradas y abscesiformes, pitiarisis versicolor, dishidrosis micósicas, candidosis y omoliniasis. Tras cada una de esta descripciones se ocupa del uso, en cada caso de los distintos agentes terapéuticos antes d

estudiarlos, según el tipo de lesión, su localización y momento de su empleo.

En esta obra, perfectamente presentada, puede todo médico encontrar lo más fundamental para poner en práctica un tratamiento, cumpliendo todas las indicaciones precisas; y hasta más que una simple monografía de carácter terapéutico, podemos asegurar que con su lectura y estudio se puede obtener un concepto bastante concreto de las distintas y bien dispares micosis humanas.

La obra, bien presentada, como corresponde a la gran editorial francesa Doin. — E. DE GREGORIO.

REEDUCATIONS PSYCHO-MOTRICE, *por* CHRISTIAN ROCHER. *Un vol (16'5 por 24'5 cm.) de 102 páginas, con 98 figuras; rústica. Precio, 1.250 francos. Masson et Cie., Editeurs. 120, Boulevard Saint Germain, París, VI. 1958.*

CHRISTIAN Rocher, espíritu inquieto, gran optimista, trabajador infatigable de vitalidad que subyuga, viene durante años dedicando sus inteligentes esfuerzos al establecimiento de técnicas y métodos en pro de la curación y rehabilitación de los enfermos del aparato locomotor. Todo ello con una dedicación personal abnegada, con un entusiasmo sin desfallecimientos y con una concepción amplia, que abarca, como debe ser, todas las facetas, desde lo físico a lo psíquico, de tales enfermos, y a sus repercusiones sociales.

En esta monografía se ha propuesto, y lo ha logrado, poner a punto un método de reeducación motora valiéndose de una instalación verdaderamente sencilla, en la que las cuerdas y las poleas, convenientemente dispuestas, constituyen todo el mecanismo. Con este método, que el profesor Sèze ha definido como la *piscina de los pobres* y que él denomina *terapéutica por poleas*, se puede realizar rápidamente, y con poco gasto, la reeducación de los movimientos de todas las articulaciones de los miembros y del tronco. Y permite todos los tipos de movilización activa y pasiva con la máxima dulzura y con una perfecta progresividad.

En este libro se resume el fruto de sus observaciones y se describen los montajes a realizar para cada caso y los principios mecánicos que caracterizan los circuitos de poleas. Sin olvidar el oportuno recordatorio previo de las principales condiciones fisiológicas y mecánicas de la contracción muscular.

Aunque puedan ser discutidos algunos de sus trabajos y de sus opiniones, el ejemplo de laboriosidad y de contagioso entusiasmo que trasciende de toda la ya larga y meritoria obra de Christian Rocher es digno de elogio. Y nosotros le felicitamos cordialmente por este nuevo y logrado fruto. Como así también a los editores por la correcta y excelente presentación del libro, como es norma en la Editorial Masson.—SERAL.

ATLAS DE ELECTROCARDIOGRAFÍA, *por* V. FATTORUSSO *y* O. RITTER. *Un volumen de 311 páginas, con 299 figuras. Editorial Masson et Cie., París, 1958.*

ESTE libro quizá sea de los pocos en el mundo que ha sido traducido a más idiomas y más repetidamente reeditado. Esta es la quinta edición en francés, impresa en Italia, revisada por los autores y aumentada. El primero de estos profesores es italiano, de Florencia, y el segundo es suizo, de Lausana.

La primera edición francesa fué en 1948; la segunda, en 1950; una alemana lo fué en 1951, al mismo tiempo que la italiana, apareciendo una en castellano, en Argentina, en 1954, y, sin detallar más, terminemos por indicar que esta última del pasado año ya mereció elogiosos encomios de prestigiosos especialistas y dificultades para adquirirla. Tanta fué la aceptación que tuvo, lo mismo que las primeras.

Ningún tratado de electrocardiografía posee ni la claridad de los esquemas para conocer intrínsecamente el porqué de los trazados, ni la exposición tan resumida, tan concreta y convincente de los diferentes síndromes cardiológicos con su expresión electrocardiográfica. A nuestro modo de ver, desde el principio adoptaron estos profesores una ventaja sobre otros tratados. La expresión gráfica en una circunferencia, clásico esquema «fattorusiano», del triángulo de Einthoven, con sus medianas AVR, AVL. AVL, animando al que se inicia en el estudio del electrocardiograma para comprender rápidamente la razón, por ejemplo, de que la I derivación y la AVF formen un ángulo de 90 grados, tal como aprendíamos en el Bachillerato, con la traducción electrocardiográfica de que a la máxima deflexión R o T en I derivación lleva aneja una línea recta, o isoeléctrica en la citada aVF, explicación de que el d'polo eléctrico es paralelo a la I derivación y perpendicular a la AVF. Este principio, claramente explicado, conduce poco a poco a interpretar claramente el total de los trazados.

Todos los capítulos han sido algo modificados. Varias erratas, corregidas. Así, por ejemplo, vemos que en esta nueva edición, página 63, están rectificados errores que apreciamos en la edición argentina de 1954, de la figura 53, que aparece en esta edición rectificada y también con el mismo número la figura. La T de AVF debía ser positiva, en lugar de negativa, con que figura en la edición de 1954, lo que demuestra el esmero en la nueva edición. Vienen ampliados en la página 66 los conceptos sobre la onda U. En las páginas 74 y 75 expone el electro en la prueba de esfuerzo, nuevo en esta edición. La figura 63 c es también nueva y bien demostrativa al tratar del electrocardiograma del niño. En la página 81 ha modificado conceptos referentes a los bloqueos de rama, por comparación con ediciones anteriores. Afirma que en el niño el bloqueo completo o incompleto de la rama derecha, con salud normal, no es cosa rara. En la página 96 viene ampliado el concepto de bloqueo de arborización con los tres caracteres que debe presentar, escuetamente resumidos.

Así, no terminaríamos de exponer las interesantes aportaciones de estos autores al libro publicado. En la página 221 anotamos una errata, pues debiera decir: «Elle son negatives en DI, VL, et sur la gauche...», en lugar de lo escrito. Uno de los conceptos más comentados es la científica explicación del espacio ST. En esta edición modifica la anterior de 1954 y comenta así página 60: «Por el instante es suficiente saber que el segmento ST corresponde a un período de la repolarización que no da lugar a potenciales importantes.» «Es por esto —añade— que este segmento sea isoeléctrico o prácticamente isoeléctrico.»

Hace años que leímos el «Fattorusso», y es tan interesante, que jamás cualquier duda que hemos tenido en la interpretación electrocardiográfica no nos la haya resuelto el libro de los profesores citados, mejor que ningún otro.

Es de suponer que esta edición desaparecerá de las librerías con la misma velocidad que las anteriores, hasta el punto que hace tres años constituía problema sin solución adquirir un libro tan valioso como éste.

La edición, como ya es clásico en la casa Masson, viene primorosamente publicada y encuadernada.—SAMITIER.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS ENFERMEDADES INTERNAS, *por el profesor* JULIUS BAUER. *2.ª edición. Un volumen (17'5 por 25 cm.) de 787 páginas, con 66 figuras; encuadernación en tela. Editorial Científico-Médica, Barcelona, 1958.*

CONSTITUYE esta segunda edición del tratado de diagnóstico diferencial, del profesor Bauer, un magnífico exponente de las actuales tendencias de la Medicina en los países americanos.

Frente a los clásicos tratados de diagnóstico diferencial, con abundancia de tablas, de esquemas y de enfermedades parecidas, agrupadas según su sintomatología, el autor ha huído voluntariamente de esta disposición. A lo largo de la obra se hace un estudio de las diversas manifestaciones de la enfermedad desde el punto de vista fisiopatológico, razonando en cada caso las posibilidades diagnósticas.

La obra está escrita en un estilo directo muy agradable de leer, y tiene el gran valor de estar matizada por la experiencia personal del autor, recogida en una serie de historias clínicas que intercala en el texto a fin de aclarar los puntos de mayor interés.

Hay dos aspectos del libro que creemos son de gran importancia. Por una parte, el papel primordial que se concede a la clínica. La manera de recoger una historia, los datos que pueden obtenerse por la exploración elemental, constituyen la base para el diagnóstico, siempre que el clínico razone sobre estos datos. El resto de las exploraciones analíticas e instrumentales se centran en su justo valor, a fin de evitar los excesos que corrientemente se acostumbran a ver. Es significativo que sea un clínico americano el que llame la atención sobre el abuso que se hace de las pruebas de laboratorio y exploraciones complementarias, algunas de las cuales (gastroscopia, broncoscopia, mielografía, angiocardiografía, cateterismos cardiacos, etc.) son siempre caras, molestas para el enfermo y a veces peligrosas, por lo que deberían limitarse sus indicaciones a los casos necesarios.

El otro aspecto que queremos destacar es la insistencia del autor en describir los trastornos psiconeuróticos, tan frecuentes en Medicina, que él calcula en un 30 por ciento de los enfermos que se ven en las consultas.

La diferenciación diagnóstica de estas situaciones, así como una psicoterapia menor, es función del internista, que no debe enviar estos casos al psiquíatra.

Son estos detalles, junto con el enfoque general de todos los capítulos, los que dan originalidad a esta obra, de tema tan clásico como es el del diagnóstico diferencial.

La orientación general de la obra es eminentemente clínica. La primera parte está dedicada al estudio de los síntomas: dolor (tal vez sean éstos los mejores capítulos), trastornos de las sensaciones y conciencia, vértigos, tos, disnea, diarreas, hemorragias, etcétera. La segunda parte se dedica al análisis de los signos o síntomas recogidos por exploración (aspecto del enfermo, hipertermia, exploración cardiovascular, del sistema hematopoyético, del riñón, etc.).

El libro será muy útil al estudiante y al médico, así como al investigador que desee estudiar una cuestión determinada a fondo, pues cada capítulo recoge abundantes citas bibliográficas de trabajos recientes.

La traducción es correcta y elegante, y la presentación, a tono con el contenido, como ya viene siendo norma en la prestigiosa casa editorial.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 396 - TOMO LXVII
MARZO 1959

REVISTAS

NACIONALES

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

TEIXEIRA, E. (Zaragoza). — «TRATAMIENTO DEL ATAQUE ECLÁMPTICO EN EL PARTO, MEDIANTE ESTEROIDES ANESTÉSICOS.» *«Medicina», n.º 11, págs. 373-379, noviembre 1958. Madrid.*

EL autor recomienda el empleo del bisuccinato sódico de 21-hidroxi pregnandiona, por su intensa acción anticonvulsiva, falta de toxicidad, su poder anestésico sobre la madre, sin afectar al hijo, y su no interferencia sobre el trabajo del parto.

Establece las pautas para su empleo y aduce algunos casos brillantemente resueltos con la hidroxidiona, finalizando en las siguientes conclusiones:

1.ª El succinato sódico del 21-hidróxido de pregnandiona es un anticonvulsivo capaz de detener el ataque eclámptico.

2.ª Su aparente falta de toxicidad no sobrecarga ningún órgano vital.

3.ª Por su poder de producir sueño anestésico plácido, sin excitación ni otras acciones laterales, lo consideramos como el anestésico ideal en los graves casos de intoxicación gravídica, llenando un hueco que estaba sin cubrir.

4.ª Produce el sueño en la madre, sin afectar al hijo.

5.ª No interfiere el trabajo del útero.

6.ª La respuesta normal del útero ante estímulos de las contracciones por oxitócicos, sean o no hipofisarios, permite la conducción del parto bajo estado de sueño anestésico, ahorrándonos intervenciones cruentas.

7.ª No tiene contraindicación su asociación con neuropléjicos ni demás componentes de las mezclas líticas, sino que su sinergia refuerza y favorece la acción de ellos.

8.ª Las vías maternas permanecen francas para la libre administración de oxígeno.

9.ª Su acción relajante facilita el parto por la vía natural.

10.ª La profundidad de la anestesia permite llegar hasta un segundo grado de la fase tercera de Guedel, comparativa al éter, si se precisa.—R. HORNO LIRIA.

ARROYO RODRÍGUEZ, R. (San Sebastián). «IMPORTANCIA CLÍNICA ACTUAL DE LA ENDOMETRIOSIS.» *«Medicina», n.º 12, págs. 381-394, diciembre 1958. Madrid.*

EN este trabajo se hace una breve síntesis sobre la etiología de esta afección, frecuencia, histopatología, localización, asociación con otras ginecopatías, su sintomatología general y local, así como de las complicaciones a que puede dar lugar, y finaliza con las siguientes conclusiones:

Que la frecuencia de este proceso es digna de ser tenida en cuenta por haber aumentado el número de casos, de un lado por su mejor diagnóstico, y de otro, como sugieren Meigs y Goodall en sus ideas patogénicas, por los matrimonios tardíos, limitación de natalidad, consecuencia de la agitada vida de la civilización actual.

Que la localización de los focos de endometriosis es tan diversa, que su importancia no es tan sólo para el ginecólogo, sino para el médico general y para el cirujano.

Que tiene un gran interés en el estudio de la esterilidad, por el alto porcentaje de mujeres estériles.

La clínica de este proceso, por su sintomatología tan parecida a otras ginecopatías, y por sus distintas localizaciones, da lugar a confusiones diagnósticas frecuentes.

Dado que en muchos casos las lesiones son microscópicas, se hace necesario el examen de las piezas operatorias por el anatomopatólogo, sistemáticamente, debiendo existir una colaboración entre el operador y el anatomopatólogo, que debe empezar en el quirófano. R. HORNO LIRIA.

NEUROLOGÍA

SOLÉ (Barcelona).—«ESTADO ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓN SOMÁTICA EN LA ESQUIZOFRENIA.» *«Archivos de Neurobiología», tomo XX, núm. 1, págs. 1-42. Madrid, enero-marzo 1957.*

EL autor divide su artículo, que puede considerarse como auténtica monografía, en dos partes. Ambas acusan el sello del maestro que alardea de erudición.

En la primera, trata de la anatomía patológica de la esquizofrenia, señalando que histopatológicamente acusa el sello de lo incaracterístico, considerándose como expresión aguda la «hinchazón cerebral de Reichart», donde la corteza cerebral llega a ser casi lisa por haber desaparecido los surcos intergirales, encontrándose alteraciones regresivas en las neuronas y neuroglía; también se interpretan como alteraciones agudas de la esquizofrenia, aunque menos características, la denominada enfermedad celular aguda de Nisll, que puede compararse a la degeneración albuminosa de células parenquimatosas de órganos diversos, así como las desviaciones embriológicas del desarrollo tisural, en forma de células fetales de Cajal en la capa molecular de la corteza cerebral. Dentro de las alteraciones crónicas de la histología esquizofrénica, especifican los investigadores las atrofias focales y difusas de las células ganglionares de la corteza cerebral, discutiéndose por los autores la importancia lesional de los ganglios basales. Todas estas supuestas alteraciones no acusan el marchamo de la especificidad, siendo numerosos los psiquíatras que se inclinan a buscar extracelularmente el origen esquizofrénico, existiendo también buen número que abogan por la concepción somatógena total (incluído cerebro), resumiendo el doctor Solé en un cuadro de Gruhle las posibilidades patogénicas de la esquizofrenia. Dedica un apartado diferente a las esquizofrenias sintomáticas, donde pueden existir lesiones específicas definidas dependientes de la enfermedad causal, citando las alteraciones más importantes descritas fuera del cerebro, localizadas sobre todo en sistema endocrino, aparato digestivo y sistema hematopoyético-circulatorio.

La parte segunda de su trabajo la dedica el doctor Solé a discriminar sobre la fisiopatología de la esquizofrenia. Describe las alteraciones metabólicas que se han señalado para los prótidos, con aumento de excreción de productos nitrogenados, existiendo autor que cree poder formular conclusiones pronósticas teniendo en cuenta las diferencias de movilización proteica. Dedica la mayor extensión a disertar sobre el metabolismo de los hidratos de carbono, haciendo un estudio resumido, pero exhaustivo, de todo lo concerniente a él, con el bagaje documental tan amplio que representa la insulinoterapia, con sus schocks hipoglucémicos y la teoría de la anoxia cerebral. Respecto al metabolismo de los lípidos, los resultados son contradictorios y nada es dable colegir de su estudio. Revisa los trabajos publicados sobre alteraciones del sistema circulatorio en los esquizofrénicos, apuntando el extraordinario interés sobre tales investigaciones, así como también sobre el tono muscular recordando las alteraciones catatónicas; finalmente, puntualiza brevemente sobre alteraciones vegetativas y disregulaciones endocrinas.—LUIS DEL CAMPO.

EXTRANJERAS

MEDICINA

STAHL, J., y BOCKEL, R.—«COMA HEPÁTICO.» (*Coma hépatique.*) *«Strasbourg Médical», núm. 11, págs. 792-805, diciembre de 1956. Estrasburgo.*

SON la hepatitis virásica y, sobre todo, las cirrosis, las afecciones parenquimatosas que con más frecuencia conducen al coma hepático, habiendo observado los autores, en la Clínica Médica B de la Facultad de Medicina de Estrasburgo, durante el año 1955, un total de cincuenta y cuatro comas hepáticos, de los cuales treinta fueron debidos a cirrosis, y sirviéndose de estas observaciones como base para el presente trabajo.

El coma hepático posee características suficientes para poder ser diferenciado clínicamente de los comas de otro origen, recalcando cómo no siempre conlleva una evolución progresiva hacia la muerte, y aque a menudo se asiste, durante varias semanas, a una evolución oscilante en la que fases comatosas alternas con otras durante las cuales se recupera la conciencia, pudiendo hablarse de verdaderos brotes comatosos de comienzo brusco y corta duración, que ya en 1884 Quincke designó con el nombre de crisis hepatárgicas.

Insisten los autores en que si bien en ocasiones el coma se instaura sin causa aparente que lo justifique en buen número de casos sigue a causas desencadenantes, entre las cuales colocan en primer lugar a las hemorragias digestivas, actuando por un mecanismo de shock y, sobre todo, por el aumento del catabolismo nitrogenado subsiguiente a la inundación sanguínea del tubo di-

gestivo. Otras veces es de las doce a veinticuatro horas después de la evacuación de una ascitis cuando aparecen perturbaciones psíquicas transitorias o progresivas que abocan al coma por mecanismos no dilucidados. Otras, son infecciones intercurrentes, traumas accidentales o quirúrgicos mínimos, administración de hipnóticos (cuyo empleo aconsejan hacerlo con extraordinaria prudencia en los enfermos hepáticos), de sustancias nitrogenadas con fines terapéutiocs, bien en forma de aminoácidos (en particular, metionina), de urea o de sales y resinas amoniacales utilizadas con fines diuréticos, etc.

Insisten en que no hay un substractum anatomopatológico específico del coma hepático, y ellos mismos, a pesar de practicar sistemáticamente punciones biopsias de hígado antes y durante el curso de las situaciones comatosas en enfermos cirróticos, no han encontrado nunca alteraciones histológicas especiales. De ahí que la patogenia del coma hepático se haya orientado siempre en el sentido de investigar los innumerables trastornos bioquímicos y metabólicos que la insuficiencia hepática grave lleva inherentes y a todos los cualse pasan sumaria revista para recalar en el hallazgo de cifras altas de amoníaco en la sangre, sustancia dotada de una evidente toxicidad para los centros nerviosos; considerando la hiperamoniemia como un signo patognomónico de coma hepático, dada la constancia con que se observa. siendo a este problema al que han dedicado una especial atención y el que indujo a Walshe, en 1953, a proponer el empleo del ácido glutámico en tales situaciones.

Sin embargo, los autores han comprobado cómo el paralelismo amoniemia-coma es más cualitativo que cuantitativo, ya que han provocado amoniemias muy prolongadas y elevadas sin apreciar la menor alteración nerviosa, e inversamente han observado estados comatosos con amoniemias espontáneas de cuantía moderada y variable.

Estos hechos tratan de explicarlos con la siguiente hipótesis: Partiendo de la base de que el amoníaco se origina en su mayor parte en el intestino, bajo la acción bacteriana y enzimática ejercida sobre materiales proteicos, este amoníaco, llegado al hígado por la porta, es rápidamente transformado en urea en condiciones normales, pero en los sujetos cirróticos han podido demostrar cómo el amoníaco escapa a la acción ureogenética del hígado, en parte porque no llega a él al seguir el camino de las vías venosas colaterales, y en parte, por haber un verdadero shunt transhepático con contacto insuficiente de la sangre portal con las células hepáticas, pasando de esta manera en gran cantidad a la circulación general sin ser debidamente metabolizado.

Piensan, además, que, junto con el amoníaco, son reabsorbidas otras sustancias tóxicas ignoradas, que, formándose también en el intestino, sean susceptibles de ejercer una acción nociva sobre los centros nerviosos. En estas condiciones podría asignarse a la amoniemia el papel de testigo de una intoxicación de origen intestinal, equiparable al que desempeña la urea en las situaciones de coma urémico.

La naturaleza de tales sustancias tóxicas tal vez sean cuerpos fenólicos o compuestos aminados provenientes de putrefacciones intestinales favorecidas por la presencia en intestino de proteínas en cantidad excesiva. Argumentos en favor de tal criterio serían la presentación de comas tras hemorragias digestivas, trastornos intestinales, ingestión excesiva de proteínas alimenticias o de ácidos aminados, etc., comprobándose experimentalmente tales hechos por la presentación de accidentes comatosos en perros con fístula de Eck tras la ingestión de carne o de sangre en gran cantidad.

Argumentos indirectos serían los efectos favorables de las sulfonamidas y de los antibióticos, en particular de la aureomicina, que hacen descender las cifras de hiperamoniemia en los sujetos con coma hepático, junto con mejorías clínicas evidenciables.

Basándose en ello, utilizan con buenos resultados la aureomicina en todos los enfermos, al mismo tiempo que rechazan los regímenes hiperproteicos y ricos en aminoácidos en las situaciones precomaotsas, en contra del criterio habitual y sirviéndose de las determinaciones periódicas de la amoniemia como guía para regular los aportes proteicos en los cirróticos compensados. Con el mismo objetivo utilizan los purgantes suaves, y para sostener a la célula hepática con un aporte adecuado en sustancias lipotrópicas y en vitaminas, utilizan sólo la vía parenteral, a fin de evitar las sobrecargas intestinales en sustancias proteicas.

Utilizan siempre el suero glucosado endovenoso, haya o no hipoglucemia, con el fin de asegurar el aporte calórico indispensable, reducir el catabolismo proteico y aumentar la carga glucogénica del hígado. No hay que olvidar nunca la deshidratación, decloruración e hipopotasemia de estos pacientes, combatiéndolas con sueros salino sódico y potásico. Respecto al ACTH, a la cortisona y a la prednisona, no tienen experiencia suficiente para emitir juicio, si bien en manos de otros autores se han conseguido con ellas curaciones espectaculares en ciertos casos de ictericias graves. En cuanto a los resultados del ácido glutámico, son inciertos para que pueda justificarse su empleo de manera sistemática.

En una palabra: que, como se ve, los autores vuelven a revivir la vieja teoría intestinal del coma hepático, poniéndola al día de acuerdo con nuestros actuales conocimientos.—F. Suárez Palacios.

NUTRICIÓN

ADAMS, R.—«La fase preanémica de la anemia perniciosa.» «*Lancet*», 272, *1.120. Año 1957.*

Conforme es sabido, la anemia perniciosa addisoniana es considerada en la actualidad como una deficiencia de la vitamina B_{12}, admitiéndose que la deplección de esta vitamina en los órganos y los tejidos precede en varios meses, y en ocasiones en varios años, al desarrollo de la anemia. Durante esta fase preanémica, los enfermos experimentan malestar general y síntomas de glositis, así como alteraciones neurológicas características que sugieren el diagnóstico (mielosis funicular, parestesias, ataxia, hipoestesias).

La glositis de la anemia perniciosa, con su atrofia papilar, su enrojecimiento y sus parestesias, es un elemento de juicio importante y, como dice muy bien Adams en un reciente trabajo, sugiere la deficiencia de la citada vitamina B_{12} y constituye una indicación para la prácica de un sondaje gástrico, con excitación por histamina y prueba del rojo neutro. Una aclorhidria histaminorresistente confirmará las sospechas diagnósticas, las cuales pueden asegurarse totalmente al estudiar la medula ósea de estos pacientes, que presentará un predominio de la serie roja con abundancia de megaolblastos.

El concepto diagnóstico de la anemia perniciosa que descansa en la existencia de una eritropenia con macrocitosis e hipercromía, no es suficiente, puesto que resulta, en realidad, la expresión del cuadro acabado de la enfermedad, cuadro que a veces tarda mucho tiempo en perfilarse.

La aportación de vitamina B_{12} y de extractos hepáticos mejorará notablemente a estos pacientes, observados en la fase preanémica de la enfermedad de Biermer.—E. Arias Vallejo.

NEUROLOGÍA

FLORES y ESCOBAR (Quito).—«La personalidad psicopática epileptoide y su correlación con el delito.» (*Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y disciplinas conexas*), *vol. VI, núm. 22, páginas 214-225. Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana. Abril-Junio 1958. Quito (Ecuador).*

Los autores señalan con lujo de detalles la historia clínica de una mestiza, de 27 años de edad, que mató a la señora a quien servía por robarle un reloj de oro, hecho que realizó premeditadamente. Sorprendidos los autores por la brutalidad con que fué perpetrado el hecho, la meticulosidad en su preparación, decidieron estudiar a la criminal por ver de informar sobre conveniencia de rebajar la pena o bien darle un tratamiento adecuado dentro de su reclusión. Así llegaron a la deducción de que se trataba de una personalidad epiléptica, encajable además dentro de las psicopatías, obedeciendo a tales motivaciones patológicas las raíces de su delito. Con esta base emiten un brillante informe médicolegal, dirigido a las autoridades judiciales, interpretativo del porqué de las tendencias de la homicida, susceptibles de tratamiento e incluso, caso de mejoría, curación o compensación, ver de reintegrarla al medio ambiente societario, adelantando la fecha de reclusión penal, siempre que se logre éxito garantizador de su falta de peligrosidad social.—Luis del Campo.

DELGADO, H.—«Pintura de esquizofrénicos.» (*Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y disciplinas conexas*), *vol. VI, núm. 12, páginas 3-24. Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana. Quito (Ecuador). Enero-Marzo 1958.*

Divide el autor a los esquizofrénicos, desde el punto de vista pictórico, en dos grandes grupos: los que pintan motu propio y los que lo hacen estimulados por el médico. Opina que, tanto en los pintores profesionales como en los aficionados, la esquizofrenia dificulta las cualidades pictóricas, mostrando algunos casos como excepción. Tras interesantes disquisiciones llega a la conclusión de que, en general, los esquizofrénicos pintan con trabajo, siendo fugaces sus motivos de inspiración, siendo frecuente la no terminación de la obra con armonía, atiborrándola de detalles o dejándola inconclusa, también es difícil que logren dar corporeidad, proporciones, luminosidad y movimiento a las figuras; en cuanto a la concepción existe una gran variedad, desde el naturalismo a la pintura archiabstracta. Puede darse el caso de existir cuadros donde no sea posible entrever al artista esquizofrénico, si bien existe una pintura que puede llamarse esquizofrénica, que al simple golpe de vista permite establecer la insania mental del autor.

Finalmente, el profesor Delgado, tras de pormenorizar infinidad de detalles sobre el tema, con su maestría habitual, pone ejemplos diversos aclarados con pinturas originales de pacientes esquizofrénicos, manifestando que el cultivo de las actividades pictóricas es sumamente beneficioso para los enfermos esquizofrénicos y debe considerarse

como una auténtica terapéutica, capaz de mejorar al enfermo en virtud de los estímulos que reciben las partes sanas de su personalidad eclipsando las patológicas.—LUIS DEL CAMPO.

PEDIATRÍA

ABALLI, GARCÍA PALACIO, TORROELLA, AGUIRRE, BORRAERO y PRENDES.—«FIBROSIS CONGÉNITA DEL HÍGADO Y ENFERMEDAD POLIQUÍSTICA.» *«Revista Cubana de Pediatría», núm. 9, septiembre de 1957.*

LA enfermedad poliquística del hígado es una entidad bien conocida y no muy rara, que suele acompañarse de otras anomalías, entre las que suele ser más frecuente la enfermedad poliquística del riñón.

Autores como Davies, Confort, etc., encontraron una incidencia de un 56 por ciento de los casos con ambos procesos.

Otras veces, ambos procesos afectan al páncreas y al pulmón. Y hay veces en las que son las angiomatosis de la retina y de otras regiones del encéfalo las afectadas (enfermedad de Lindau).

Parece ser que la lesión inicial consiste en una fibrosis periportal constituída por bandas densas de tejido colágeno, que forman una red en cuyo seno aparecen numerosos conductillos biliares. Estas bandas fibrosas se introducen entre un parénquima completamente normal, aunque ocasionalmente pueden encontrarse pequeños quistes de menos de 6 milímetros de diámetro. Se acepta que los conductillos biliares son el punto de partida de esas formaciones quísticas. Estas lesiones iniciales pueden, por el progresivo crecimiento de las dilataciones canaliculares, convertir el órgano en un conglomerado de extensas lesiones quísticas con la reducción de su tejido fibroso. Pero aun en esos casos se pueden demostrar zonas aisladas de bandas fibrosas anchas conteniendo numerosos conductillos biliares.

Otras veces los quistes no aumentan de tamaño y sólo persiste el exceso de conductillos biliares, manteniéndose la fibrosis extensa inicial.

Entre estos casos se ha demostrado que algunos pueden evolucionar años más tarde a un síndrome característico de hipertensión portal.

Se citan pocos casos de éstos en la literatura.

También hay formas asintomáticas de fibrosis hepática, como el caso presentado por Melninck.

Los autores tienen la oportunidad de presentar el caso de un niño negro con un riñón poliquístico bilateral, un hígado poliquístico con intensa fibrosis, asociados a una hemorragia subcapsular y perilobulillar del timo, onfalitis, peritonitis, dilatación de las cavidades derechas, infartos sépticos hemorrágicos múltiples en el cerebro y que padecía una bronconeumonía focal diseminada con atelectasia difusa y gran congestión.

Este niño, recién nacido, falleció a consecuencia de su sépticopuohemia.

Presentan los autores un segundo caso correspondiente a un niño de siete años de edad, con una obstrucción portal de varios años de evolución, según parece. Acude a la consulta por sus abundantes deposiciones con sangre, negras, acompañadas de dolor periumbilical. Ya tuvo un hermano que le diagnosticaron de enfermedad de Banti.

Se le hace un detenido estudio y, después, una laparotomía.

Se encuentra un hígado cirrótico, del que se extrae biopsia, que corresponde a una fibrosis congénita de hígado poliquístico. Se busca la coincidencia de un riñón poliquístico, que se confirma posteriormente.

La malformación parece depender de una detención del desarrollo embriológico relativamente tardía. — A. MALLÓU.

NOCIONES PRÁCTICAS DE PSIQUIATRÍA INFANTIL. *Suplemento de «Concours Médical», 22 de junio de 1957. Primer fascículo, con la colaboración de* KOUPERNICK *y* TRELAT.

RESUELVE problemas de vital actualidad este fascículo, dedicado a la Psiquiatría infantil, lo que equivale a estar dedicado a una de las más importantes ramas de la Pediatría de hoy y a una de las que más actualidad tienen cada vez.

Después del capítulo de la *Introducción*, con una importante parte dedicada a las «Consideraciones etiológicas», se divide el fascículo en dos capítulos más; uno de ellos, el primero, dedicado a los medios de investigación o de exploración, y el otro, a los síndromes clínicos.

El estudio sensato, elemental, pero cada día más importante, y sobre todo en esta rama de la Pediatría, del interrogaotrio, el examen físico del niño, el realizado desde el punto de vista de la exploración general completa, el endocrino y el neurológico, el psiquiátrico y los estudios complementarios (biológicos, oftalmológicos, otológicos, radiológicos, electroencéfalográficos, etc.); la exploración de los tests psicológicos (escalas verbales de la inteligencia, no verbales, mixtas, otros tests, etc.), todo esto se estudia bien en el trabajo que comentamos, para resolver problemas de la clínica diaria.

En el capítulo de los síndromes clínicos se estudian las alteraciones neurológicas y las psiquiátricas.

Entre las primeras se tratan las epilepsias, encéfalopatías y las demencias. Entre las segundas, las oligofrenias, las psicosis y las neurosis.—A. MALLÓU.

UROLOGÍA

WILLARD E. GOODWIN, M. D., y HENRY M. THELEN, M. D. (Los Angeles).—«PRESERVACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL DURANTE LA NEFRECTOMÍA PARCIAL.» *(Preservation of renal function during partial nephrectomy.) «J. A. M. A.», vol. 168 núm. 2, pág. 179, septiembre 1958. Chicago.*

PARA asegurar la hemostasia durante las nefrectomías parciales. se venía empleando el pinzamiento del pedículo vascular por un clamp. Los autores han ideado la aplicación de un procedimiento muy simple y de resultados efectivos. El procedimiento consiste en aplicar una cinta de goma como un torniquete alrededor de la porción del riñón que se va a extirpar; la amputación se realiza en perfecta hemostasia. Al quitar la banda de goma, se realiza la hemostasia de algún punto sangrante, y después, con la sutura del riñón, se termina la operación.

También han empleado este procedimiento para dividir un riñón en herradura colocando dos torniquetes para la hemostasia del istmo, y lo seccionan entre ellos.

La principal ventaja de este procedimiento, además de que durante la intervención el riñón no sangre, es que no falta durante ningún momento el riego sanguíneo en la porción renal sana.—SATURNINO MOZOTA.

TISIOLOGÍA

CANTARELLA, R., y PARELLA, M. — «A PROPÓSITO DEL COMPORTAMIENTO DE LA PROTEÍNA C REACTIVA EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR.» *(Sul comportamento della proteina C reattiva nella tubercolosi polmonare.) «Archiv. di Tis. e Mal. App. Respir.», 9, 823. 1957.*

LA proteína C reactiva es una albúmina anormal que toma su nombre de la propiedad de precipitar ella misma en contacto con el polisacárido somático C del pneumococo. Y esta albúmina C, de naturaleza sérica, fué descubierta en enfermos con pulmonitis pneumocócica, pensando sus autores que era sólo patrimonio de la infección de tal germen. Más tarde se vió que era falsa esta última opinión, pues no era específica de esta infección, sino que se podía demostrar su presencia en infecciones asépticas y dondequiera que hubiera flogosis con destrucción tisural.

Aparece en la agudeza de la enfermedad, para disminuír en el período de la regresión del proceso y hacerse patente de nuevo en las recidivas. Su naturaleza íntima está sujeta a discusión, pero sí se sabe que tiene un gran poder antigénico y que, inyectada al conejo, se consigue un suero inmunizante precipitante a alto título.

La importancia del test proteína C reactiva es conocida en el reumatismo, ya que su positividad es más sensible y anterior a la eritrosedimentación y al de las mucoproteínas. Importante también es en la patología cardíaca, porque diferencia el infarto de miocardio con la positividad del test, frente a las enfermedades coronarias simples por insuficiencia. Siendo negativo el test en el sano, la positividad entraña la idea de enfermedad. En la tuberculosis, su investigación, que es lo que interesa en el trabajo, basta decir que es positivo el test en todos los procesos tisiógenos, en los con diseminaciones nodulares; aparece en los procesos crónicos cuando tienden a evolucionar tisiogénicamente, estimándose que la proteína C reactiva positiva en el tuberculoso, se halla en relación directa con el potencial evolutivo del proceso, siendo su persistencia en procesos ulcerados aparentemente inactivos, indicio seguro de actividad biológica, aunque clínicamente parezcan latentes.—SAMITIER.

PEZZA, M. — «EL CUADRO SEROPROTÉICO EN LA TOXEMIA TUBERCULOSA CRÓNICA.» *(Il cuadro sieroproteico nella tossiemia da tubercolosi cronica.) «Archi. di Tis. e Mall. App. Respir.», núm. 12, 1068. 1957.*

MONALDI distingue las siguientes formas de toxemia tuberculosa: la toxemia bacilar sin evidente localización de la enfermedad tuberculosa, la toxemia tuberculosa latente, la llamada crónica, la forma aguda de la tuberculosis pulmonar y la toxemia caquectizante de la tuberculosis pulmonar.

Con el aparato de Antveiler-Swenson estudian la marcha del cuadro seroprotéico en estas formas de toxemia tuberculosa, hallando un aumento de las gammas globulinas característica de la «disproteidemia protidoplasmática por activación del plasma-retículo.—SAMITIER.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 396 - TOMO LXVII
MARZO 1959
CONGRESOS Y ACADEMIAS

LA VI REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD DE NEUROPSIQUIATRÍA INFANTIL SAN SEBASTIÁN

CONFORME se había anunciado, tuvo lugar en San San Sebastián, los días 3 y 4 de mayo de 1958, la VI Reunión Anual de esta Sociedad, bajo el programa siguiente:

Día 3. — A las once, solemne Sesión Inaugural en el salón de actos de la Diputación Provincial, bajo la presidencia del Excmo. señor Alcalde de la ciudad, señor Vega de Seoane, quien, en representación del Excelentísimo Sr. Gobernador Civil de la Provincia declaró abierta la Reunión. El Vicepresidente de la Excma. Diputación Provincial, señor Zavala, dedicó un cariñoso saludo a los congresistas, ofreciéndoles la colaboración de la Diputación Provincial para llevar a la práctica sus conclusiones referentes a la infancia desvalida psíquicamente.

Acto seguido, el Presidente de la Comisión Organizadora, doctor L. Martín Santos, pronunció un magnífico discurso inaugural sobre el tema «Paralelo e influencia mutua entre la psiquiatría general y la psiquiatría infantil», refiriéndose a los mutuos beneficios que se han aportado recíprocamente las psiquiatrías del adulto y del infante, y concluyendo en proclamar la realidad intangible de la paidopsiquiatría.

A las doce y media se efectuó la anunciada visita a la escuela de niños anormales de la Excma. Diputación de Guipúzcoa, así como al Sanatorio Provincial Psiquiátrico, en cuyo moderno y bien organizado establecimiento fué ofrecido a los congresistas un refrigerio.

A las tres y media de la tarde, en el salón de actos de la Caja de Ahorros Provincial, tuvo lugar la lectura y discusión de las ponencias sobre encefalitis infantil y sus secuelas, cuyo estudio se repartieron en sus vertientes neurológica, psiquiátrica y pedagógica, respectivamente, los doctores R. Alberca, Vázquez Velasco y Gutiérrez Gómez, aportando los tres ponentes interesantes datos neuropatológicos, clínicos, estadísticos y terapéuticos acerca de los estados encefalíticos y postencefalíticos en la infancia. Tomaron parte en la discusión: doctor Solé Sagarra, en la ponenecia del doctor Alberca, y doctores Folch Camarasa y J. de Moragas, en las de los doctores Vázquez y Gutiérrez.

Seguidamente, y en apretada y fructífera actuación científica, se leyeron y discutieron las comunicaciones siguientes: doctor Solé Sagarra, «Encefalitis y demencia infantil de Heller»; doctores Calvo Melendro y Sánchez Malo, «Nuestra experiencia sobre encefalitis en la reciente epidemia de gripe»; doctor Borderas, «La vitamina B_6 en el tratamiento de las encefalitis y estudios electroencefalográficos en las encefalitis»; doctor Serrate Torrente, «Trastornos de conducta postencefalíticos y reserpina»; doctor Arrózola, «Experiencia personal sobre el mutismo aquinético infantil»; doctor Folch Camarasa, «Primera experiencia con un nuevo preparado de acción terapéutica sobre las oligofrenias: la glutamine»; doctores Ornilla, Zabala y Arias, «Experiencia del Sanatorio de Gorliz en las encefalopatías infantiles». El doctor Moragas renunció a su comunicación sobre «Encefalitis latentes», y los doctores Barraquer, Cañadell y J. Córdoba no leyeron las que tenían anunciadas por encontrarse ausentes.

ALGUNOS DE LOS DESTACADOS COMPONENTES DE LA NUEVA JUNTA.



DR. BARRAQUER BORDES



DR. SOLÉ SAGARRA



DR. SERRATE

En el intermedio entre lectura de ponencias y comunicaciones tuvo lugar la sesión administrativa y reunión general ordinaria de la Sociedad.

En primer lugar se acordó dar un voto de gracias a la Comisión Organizadora y dignísimas autoridades de San Sebastián por la brillantez de los actos celebrados y las amabilidades y atenciones de que habían sido objeto todos los socios trasladados a San Sebastián desde diversas provincias españolas.

Por prescripción reglamentaria, se pasa a la renovación de la Junta Directiva. Este año deben cesar obligatoriamente de sus cargos, de los que fueron reelegidos una vez, el tesorero y el vocal, doctores Folch Camarasa y González Pinto, respectivamente; siendo elegidos para sustituirles los doctores L. Barraquer Bordas y A. Serrate Torrente. Por lo tanto, la Junta Directiva de la Sociedad está constituída actualmente del modo siguiente:

Presidente: Doctor J. de Moragas (Barcelona).

Vicepresidente: Doctor C. Vázquez Velasco (Madrid).

Secretario: Doctor J. Solé Sagarra (Barcelona).

Tesorero: Doctor L. Barraquer Bordas (Barcelona).

Vocal: Doctor A. Serrate Torrente (Zaragoza).

Se acuerda que la próxima Reunión Anual sea en Bilbao, en mayo de 1959, encargándose de la organización y discurso inaugural de la misma al doctor R. González Pinto. El tema preferente versará sobre enuresis, habiéndose elegido ponentes los pediatras de Bilbao doctores Parra y Arias, y los paidopsiquíatras doctores Ganzarain (San Sebastián) y Julia Corominas (Barcelona). La Reunión será de dos días, admitiéndose comunicaciones al tema preferente y comunicaciones libres.

Se da cuenta de que la representación de la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil en el Congreso Internacional de Psiquiatría Infantil, que debe tener lugar del 15 al 20 de junio de 1958, en Lisboa, estará a cargo del Vicepresidente de la misma, doctor Vázquez Velasco, en ausencia del Presidente, que se había elegido previamente por la Junta Directiva y se ve imposibilitado de trasladarse a Lisboa. La presidencia del dicho Congreso Internacional ha nombrado Presidente del 5.º Grupo de Discusión del mismo, al doctor Solé Sagarra, que compartirá con el doctor Vázquez la representación de nuestra Sociedad en su parte científica.

Dada la demora en presentar los trabajos por algunos que tomaron parte en la pasada Reunión Anual de Pamplona, cuyos textos no obran todavía en su totalidad en poder del editor, se acuerda publicar conjuntamente en un solo Libro de Actas los trabajos de las reuniones de Pamplona y San Sebastián, rogando encarecidamente a todos los que tengan trabajos pendientes en una u otra Reunión, los entreguen cuanto antes a la Secretaría de la Sociedad, calle Muntaner, número 187 bis, Barcelona; de lo contrario no va a ser posible tampoco este año la publicación del esperado Libro de Actas, lo que sentiríamos mucho.

Se ha incrementado en 18 el número de socios a raíz de la presente Reunión Anual, pasando del centenar el número total de los mismos. Desde la última Reunión Anual ha habido dos defunciones: las de los doctores Blanch Sauret (Barcelona) y Echalecu Canino (Madrid), e. p. d. Testimoniamos a las respectivas familias el sentido pésame de la Sociedad por tan irreparables pérdidas.

Se aprueba el estado de cuentas que presenta el tesorero, doctor Folch Camarasa.

Como final de la Sesión Administrativa, el Presidente, doctor J. de Moragas, expresa la gratitud de la Sociedad hacia los doctores Martín Santos y Ganzarain, que tan bien han sabido organizar los actos científicos y sociales que estamos celebrando, así como los de asueto excursionístico anunciados para el día siguiente.

El día 4 se pasó en deliciosa excursión por las impresionantes panorámicas de Aránzazu, Oñate y Loyola, cuyos magníficos santuarios fueron objeto de sentida admiración por los numerosos socios que se desplazaron a tales bellos exponentes de la fe y arte vascos. Inolvidables las horas pasadas en el Santuario de Aránzazu, así como en Oñate, cuyo Alcalde nos sirvió de insuperable cicerone. Nuestro presidente, doctor Moragas, encontró los justos términos para agradecerle sus atenciones en el almuerzo con que fuimos obsequiados en Oñate, en el que reinó alegría y confraternidad sincera.

ESCUELA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA «GALLART MONÉS»

SERVICIO MÉDICOQUIRÚRGICO DE PATOLOGÍA DIGESTIVA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, DE BARCELONA

Director: A. GALLART-ESQUERDO

SESIÓN DEL DÍA 2 DE OCTUBRE DE 1958

GALLART-ESQUERDO, A. — «RESUMEN DE LAS COMUNICACIONES PRESENTADAS SOBRE LA PATOLOGÍA DEL PÁNCREAS, EN LAS JORNADAS OCCITANAS FRANCOESPAÑOLAS DE GASTROENTEROLOGÍA.» (Biarritz, 13-14 de septiembre de 1958.)

Las numerosas e interesantes comunicaciones que versaron sobre la patología del páncreas las agruparemos en los capítulos siguientes:

1. *Exploración funcional del páncreas.*— V. Artigas y M. T. Ribera (Barcelona) presentaron una comunicación sobre «Examen funcional exocrino en los cánceres de la cabeza del páncreas», y J. Warter y P. Metais (Estrasburgo), otra sobre «Diagnóstico de los cánceres del páncreas mediante el tránsito lípido».

2. *Exploración radiológica del páncreas.*— Levrat, Giraud, Brette y Bret (Lyón) se ocuparon en la «Exploración radiológica del páncreas por estratigrafía axial transversa»; P. Davidovith (Toulouse) estudió el «Valor del radiodiagnóstico en las pancreatitis»; F. J. Traissac, Staeffen y C. Beraud (Burdeos) trataron del «Interés de la esplenoportografía en las hemorragias digestivas en el curso de las pancreatitis crónicas», y Godlewski (Aviñón) se ocupó en la «Radiomicrografía del páncreas».

3. *Pancreatitis aguda.*—V. Artigas y M. Puig Masana (Barcelona) estudiaron las «Indicaciones quirúrgicas en las secuelas tumorales de la pancreatitis aguda, y J. M.ª Seriñana Bayer (Barcelona) trató de la «Pancreatitis supurada».

4. *Pancreatitis crónica.*—E. de Usobiaga (Bilbao) presentó una comunicación sobre «Pancreatitis crónica; síndrome de la seudoestenosis pilórica con diarrea», y W. Martín Guerra (Barcelona), otra sobre «Pancreatitis crónica recidivante»; H. Leger y L. Leges trataron de los «Aspectos anatomopatológicos de las pancreatitis crónicas; intento de determinación de las responsabilidades etiopatogénicas», y H. Sarles y J. C. Sarles (Marsella), «De los criterios de desmembración de las pancreatitis crónicas; contra el dogma de las pancreatitis recidivantes».

5. *Participación orgánica o funcional del páncreas en otros síndromes.*—E. Aubertin y J. Bernadac (Burdeos) presentaron una comunicación sobre «La diarrea en los diabéticos»; Morettin y Staeffen (Burdeos), otra sobre las «Alteraciones exocrinas y endocrinas del páncreas en las cirrosis», y E. Oliver Pascual y colaboradores (Madrid), otra sobre las «Pancreopatías latentes».

6. *Tumores del páncreas.*—Varios autores ya citados en el curso de este resumen presentaron trabajos que versaron sobre el diagnóstico de los tumores del páncreas; entre ellos, Levrat, Giraud, Brette y Bret (Lyón), y Artigas y Ribera (Barcelona). J. Atucha (Bilbao) refirió un caso de «Sarcoma fibroblástico del páncreas», y F. Gallart-Monés y J. Osés (Barcelona) refirieron otro caso de «Falso quiste necrótico del páncreas». Goti y Obregón (Bilbao) relataron «Dos casos de insulinoma».

SESIÓN DEL DÍA 9 DE OCTUBRE DE 1958

SERIÑANA BAYER, J. M.—«DIVERTÍCULOS DUODENALES.»

El autor presenta quince casos de divertículo del duodeno observados en el Servicio durante seis años. En este tiempo fueron reconocidos siete mil enfermos. La frecuencia del divertículo duodenal es mayor en el sexo femenino, siendo doble el número de las mujeres afectas que hombres; predomina en las edades avanzadas, especialmente de los sesenta a los setenta años. La localización más frecuente es en la segunda porción duodenal, siendo raro que radique en el ángulo de Treitz (un solo caso); en cambio, es frecuente la coexistencia de divertículos en la segunda y la tercera porciones del duodeno. Respecto a su situación, doce casos radicaban en el borde interno, y tres, en el externo. El divertículo era único en once casos y múltiple en cuatro, observándose cuatro divertículos como número máximo en cuatro casos. El tamaño varía desde el de una aceituna pequeña al de una nuez.

En general, la sintomatología es dispar, desde una historia de dolor epigástrico tardío por temporadas, que calma con la ingestión de alimentos y de alcalinos, a una historia dispéptica irregular sin horario fijo; muchas veces es asintomático, encontrándose casualmente al practicar la exploración radiológica completa del tubo digestivo, con frecuencia asociado a otras enfermedades. El diagnóstico nos lo ofreec la radiología, siendo un dato de gran valor la retención de pasta opaca en el interior del divertículo, que a veces puede observarse varios días. El tratamiento ha sido médico siempre que se ha encontrado el divertículo como única lesión causante de la sintomatología del paciente; sólo en un caso de síndrome hemorrágico profuso con melenas reiteradas, que obligaron a transfusiones repetidas, se aconsejó la intervención quirúrgica.

SESIÓN DEL DÍA 16 DE OCTUBRE DE 1958

RECODER CLAVELL, L. — «PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE UN CASO CLÍNICO.»

Un enfermo de 48 años de edad ingresa para ser operado de úlcera duodenal, de la que venía tratándose en el dispensario del Servicio desde hacía un año.

La historia clínica del paciente revela únicamente la existencia de un síndrome doloroso epigástrico de ritmo tardío, que evoluciona por temporadas, desde hace ocho años. Unos cinco meses antes de su ingreso sufrió discretas melenas. Las exploraciones radiológicas practicadas antes y después de su ingreso comprueban la presencia de una deformidad muy acusada del bulbo duodenal, típica de úlcera.

La exploración física del abdomen, efectuada quizá sin gran detenimiento por la claridad de los cuadros clínico y radiológico, no aporta datos de interés, como tampoco los exámenes de laboratorio practicados sistemáticamente a todos los enfermos que van a ser operados de úlcera gastroduodenal. La proteinemia y el cociente serina-globulina son normales.

En la laparotomía se encuentra pequeña cantidad de ascitis libre, bazo bastante grande e hígado de aspecto cirrótico, aunque de tamaño normal, confirmándose la existencia de la úlcera duodenal. Se practica una biopsia hepática. A los tres días, el enfermo fallece de anemia aguda por hematemesis cataclísmica.

Se insiste en la necesidad de practicar la exploración física detenida en todos los pacientes que van a ser operados, a pesar de parecer muy claro el diagnóstico de la enfermedad que induce a la intervención, y practicar las pruebas de funcionalismo hepático completas ante la menor duda sobre el estado de esta víscera.

Se discute el camino a seguir en tales casos, desde el punto de vista terapéutico, y la conveniencia de practicar la gastrectomía.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 396 - TOMO LXVII
MARZO 1959
SECCIÓN VARIA

MEDICINA E HISTORIA

NUEVOS PAPELES DEL DOCTOR ANDRÉS PIQUER

I. SOBRE LA GENERACIÓN

POR EL
DR. VICENTE PESET
VALENCIA

En la ya antigua *Revista Valenciana de Ciencias Médicas* leo lo siguiente: [1]

«*Para la historia. Folleto anónimo de Andrés Piquer.*»

«Procedente de los libros de la marquesa viuda de Cruilles, heredera de parte de la Biblioteca Mayansiana, hemos visto un tomo de Varios, tamaño 4.º, encuadernado en pergamino, que contiene la obra titulada "Justa / satisfacción / que da / Don Ausías Mompaláu / á un reparo injusto".

Es un folleto de 11 páginas impresas y una en blanco, estampado en Valencia por José Tomás Lucas y suscrito por su autor en 10 de Diciembre de 1742.

Tiende la obra a vindicar a un opositor a la cátedra de Medicina en Valencia, cuyas opiniones habían sido calificadas de *heréticas* y *delatables* por un contrincante en el indicado acto.

Según se ve por el pseudónimo, es imposible conocer el verdadero autor; pero como quiera que el canónigo Mayans, escritor serio y digno de crédito, al anotar en el índice del tomo dicha obrita, dice: "Satisfacción que dió Don Ausías Mompaláu —*Dr. Andrés Piquer*— a un reparo injusto", queda descubierto el secreto y conocido el verdadero autor.

Hecho perfectamente en armonía con el otro de haber sido opositor a cátedra de Medicina dicho Dr. Piquer en el mencionado concurso.

Este trabajo no ha sido citado por ninguno de los biógrafos de Andrés Piquer entre las obras de tan benemérito escritor.»

He transcrito íntegra la noticia porque de esta manera resulta luego excusada la descripción del folleto a que alude. La referencia parecía interesante y digna de ser comprobada. Y, en efecto, me ha sido posible dar con el ejemplar en cuestión [2] y verificar la exactitud de la referencia del doctor Barberá (fig. 1). Lo transcribo a continuación, y reproduzco su principio y su final (figs. 2 y 3); todo ello en atención a tratarse de una publicación difícil de encontrar [3] y cuyo contenido no deja de ser significativo. Dice así:

1 Tomo IV, pág. 58, año 1902.—No fué el azar lo que motivó esta lectura. Conociendo la afición de su director, D. Faustino Barberá, a las cosas históricas, he revisado los tomos de dicha revista. Prescindiendo de otras varias publicaciones, a partir del t. I se publican las *Efemérides médico-valencianas*, que recogió el historiador D. José Rodrigo Pertegás; en el t. IV se inician los artículos del propio Barberá *Nuestra Farmacia retrospectiva. Manuscrito histórico;* y en el t. VII, bajo el título *Medicina valenciana de antaño*, se transcribe, en varios números, un ms. que contiene la versión valenciana del *Macer*, «Materia médica», tan en boga en la Edad Media.

2 De la marquesa de Cruilles, esos fondos pasaron al conde de Trigona y en la actualidad están en el Colegio del Patriarca, de esta ciudad, en espera de su catalogación. El volumen citado lleva en el lomo la inscripción «Papeles varios. Tomo II», y una etiqueta verde en que se lee «Varios 55».

JUSTA
SATISFACCION,
QUE DA
DON AUSIAS MOMPALAU
a un reparo injusto

Habiéndome llevado la inclinación que tengo al estudio de las Ciencias Naturales, a oír las oposiciones que se hacen en la Universidad de Valencia para la cátedra vacante en la Facultad de Medicina, ciencia de las que más se emplean en el estudio de la Naturaleza, llegué a tiempo que uno de los opositores estaba notando en las Theses del respondiente cierta proposición por herética y delatable: y habiendo querido examinar con cuidado y curiosidad la proposición, me pareció tan lejos de la censura impuesta por el opositor que esto mismo me obligó satisfacer el público, acaso sorprendido de una novedad que todos admiraban y pocos entendían. Supe después que uno de los profesores de la misma universidad intentó explicar el claro, fácil y sano sentido de la proposición: pero manteniéndose el opositor tenaz en su dictamen, me ha parecido hacer pública la causa, para que los doctos y juiciosos se hagan cargo de la mala conducta y imprudente calumnia del opositor. Interésame en esto la amistad y la razón.

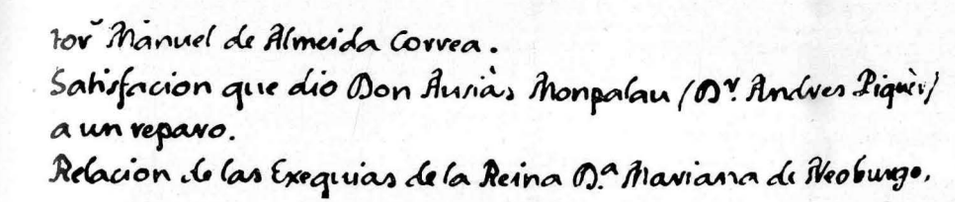


FIGURA 1

Todos saben que la obra de la generación es de las más arduas que hay en la Naturaleza, y que por tanto excede nuestra comprensión; que en todos tiempos los filósofos han ido tan varios en explicarla, que su misma diversidad de opiniones muestra la poca certidumbre que hay en ellas; pero como el entendimiento humano se alegra de trabajar en la inquisición de las obras de Dios, para alabar más su omnipotencia, por eso, por más difíciles que sean sus operaciones, emprende explicarlas; contentándose, donde no puede hallar la verdad, con la mayor verosimilitud.

Y aunque supongo a todos instruídos en muchas y varias opiniones así antiguas como modernas sobre la generación, no obstante, se me hace indispensable hacer mención de dos, acaso las más plausibles y ciertamente las más conducentes a nuestro asunto. La primera sigue Epicuro y los filósofos peripatéticos, aunque la explican de diversas maneras. Todos creen que en el esperma está la virtud de fabricar, disponer y ordenar las partes según el estado conveniente a la naturaleza humana; pero con la diferencia que los peripatéticos suponen dimanada esta facultad de la Potencia Divina, que concurre a esta obra; mas Epicuro cree que toda esta coordinación y estructura tan admirable se hace por el acaso, esto es, por el fortuito concurso de los átomos del esperma por un puro mecanismo, sin concurso ni conocimiento aun del Omnipotente. Esta opinión de Epicuro ha renovado con suma malignidad en nuestros tiempos el impío Espinosa, y ha echado tan profundas raíces que es lástima ver la multitud de sectarios que hoy logra el espinosismo en la Europa. Ya se ve que esta explicación de la generación, separando para la formación de tan admirable estructura el conocimiento divino, es impía y induce a la negación de la Providencia, a la idea de la formación del mundo por el casual concurso de los átomos y al ateísmo; pues siendo la fábrica del cuerpo humano dignamente comparada por todos los sabios al mundo grande, en atención a su admirable estructura, se ve que hacer ésta casual, sin concurso del conocimiento divino, es hacer todo el mundo sin otra

3 Tampoco lo cita Paláu en su conocido repertorio. Para hacer más grata la lectura, no he respetado la ortografía ni, en ocasiones, la puntuación.

causa que el casual concurso de los átomos. Pues no paró en esto el error; añadió Epicuro que las partes del cuerpo no se fabricaron con providencia, ni destinaron a los usos que ejercitan; antes bien dice se tiene noticia del uso porque pueden servir para el fin en que se emplean, a la manera que se observa aprovecharse los hombres de una máquina para un fin a quien no la dirigieron en su formación y les ha enseñado después el acaso. El que quiera ver esta opinión por extenso acuda a Laercio en la vida de Epicuro, Plutarco en las Opiniones de los filósofos; Galeno, Del uso de las partes; Gassendo, comentario de Epicuro, y Stanley, Historia de la Filosofía.

La segunda opinión sobre la generación es la de aquellos filósofos que creen que las partes del cuerpo humano y coordinación de ellas no pueden hacerse acaso y sin algún conocimiento. Pero entre éstos hay notable diferencia, pues algunos atribuyen este conocimiento al alma del esperma, que suponen viviente y animado, renovando la antigua y damnable opinión de Orígenes y Tertuliano, que creyeron que las almas pasaban de padres a hijos con el esperma; pero otros segundos, negando enteramente esta translación de almas, dicen que no hay en la naturaleza virtud ni conocimiento para disponer, colocar y ordenar las partes del cuerpo humano, y que esta obra es propia de Dios y digna sólo de la sabiduría y poder del Criador. La primera opinión es errónea y hereticaI, condenada en varios concilios; y debemos creer como verdad católica que la alma racional es criada por Dios y se introduce en la materia últimamente dispuesta en cada generación. Pero aquí quiero que se adviertan dos cosas: la una es que esta errónea opinión la renovó Senerto y hoy la siguen muchos de la escuela stahliana, y se halla largamente en Junquero; la otra es que para mantener su error se aprovechan del conocimiento que se necesita para la formación de las partes; pues no pudiéndose, dicen, formar sin conocimiento, y no siendo éste del padre ni de la madre, debe ser de la alma del esperma. Esta prueba es fútil y vana, pues pudiera decírseles que el conocimiento era de la madre, en cuyo útero se forman; y si oponen que no puede ser la alma de la madre, pues ésta ignora la composición del cuerpo, se responderá que igualmente debe ignorarla la alma que suponen en el esperma, pues es derivada del padre; y siendo la misma que hay después en el cuerdo organizado adulto, no ignorará como ignora el hombre cuando ha crecido lo que supo su alma antes de ser formado. Por este motivo ellos no se fundan en esa sola prueba para establecer su errada opinión, sino que pasan a muchas otras igualmente despreciables, que se pueden ver con mucha extensión en los autores citados.

Algunos filósofos católicos, que pretenden rebatir y rechazar con el desprecio que corresponde esta opinión y la de Epicuro y juntamente dar una idea verosímil de la generación, nada opuesta a los Sagrados Dogmas, explican la generación de la manera siguiente. Suponen primero que es imposible hacerse la formación de una fábrica tan admirable como la del cuerpo humano sin conocimiento; pero no basta, dicen, cualquiera conocimiento, mas es preciso un conocimiento que sepa, conozca y entienda la arquitectura y resortes de esta máquina, dónde deben colocarse sus partes, la maravillosa fábrica de cada una de ellas, destinadas a distintos usos, que conspiran unánimes a un mismo fin; y no hallándose este conocimiento en toda la extensión de la Naturaleza, es preciso creer que Dios sólo sabe y puede fabricarla. Esta es la opinión que yo sigo, y por eso voy a explicarla con claridad y precisión. Nada es más conducente, decía Andrés Laurencio, para convencer un ateísta que la consideración de la fábrica humana. Una de las pruebas que más convencen nuestra razón para conocer a Dios, dice Hoffmann, es la atenta reflexión sobre la arquitectura de nuestro cuerpo. Considérese no sólo la fábrica humana y pase nuestra atención a contemplar la de los brutos, y observando tanta uniformidad en engendrar animales de su especie y tan grandes operaciones como ejercitan, verá lucir en ellas la mano poderosa del Criador. No cabe en conocimiento humano tan maravillosa estructura, y nuestra ignorancia de las partes del cuerpo humano es una prueba convincente de que ninguna parte tiene en su formación nuestro conocimiento. Los trabajos de la Anatomía, la solicitud de las disecciones ha dado alguna luz al entendimiento para conocer las partes, pero muy pequeña e infinitamente inferior a la que se necesita para la formación de ellas. Pues ¿cómo podrá disponerlas quien ignora el número? ¿Cómo podrá situarlas quien no sabe la composición? ¿Cómo podrá unirlas quien ignora su origen? ¿Cómo arreglarlas quien no sabe la proporción? Pues todo esto ignora el hombre, no sólo el rústico, mas también el más hábil anatómico. Es, pues, una ficción el conocimiento del esperma para formar y disponer las partes, un error damnable en la Religión y despreciable en la Física. Sólo el poder y conocimiento divino pueden unir, arreglar, situar y disponer las partes de un cuerpo cuya fábrica excede todo el poder y conocimiento humano, cuya arquitectura es sólo digna del poder y conocimiento divino.

Aquí pudiera decirse que Dios forma las partes y las ordena cada vez que según el orden de la naturaleza hay la debida fecundación del huevo para la generación, y es opinión que hoy siguen algunos y extienden a otros fenómenos. El padre Corsini, no hallando suficientes cuantas explicaciones se han escrito de la gravedad de los cuerpos, al fin admite que Dios es el autor y causa inmediata de ella, cuyo pensamiento puede ser tan verosímil como cualquier

otro, mayormente no oponiéndose a ningún dogma y sirviendo para ensalzar las obras de Dios; pero no obstante, siguiendo la máxima que Dios deja obrar a las causas segundas dentro de la esfera de su actividad, y hallando modo más conducente para explicar la generación, muy conforme a la razón y aprobado por los experimentos físicos, por eso explico la formación del cuerpo humano de otra manera.

P.o. t

JUSTA SATISFACCION, QUE DA DON AUSIAS MOMPALAU à un reparo injuſto.

AVIENDOME llevado la inclinacion que tengo al Eſtudio de las Ciencias Naturales, à oir las Oppoſiciones, que ſe hazen en la Univerſidad de Valencia para la Cathedra Vacante en la Facultad de Medicina, Ciencia de las que mas ſe emplean en el Eſtudio de la Naturaleza; llegue à tiempo, que uno de los Opoſitores eſtava notando en las Theſes del Reſpondiente cierta propoſicion por hereticа, y delatable: y aviendo querido examinar con cuidado, y curioſidad la propoſicion, me pareció tan lexos de la cenſura impueſta por el Opoſitor, que eſto miſmo me obligó ſatisfacer el publico, acaſo ſorprendido de una novedad, que todos admiravan, y pocos entendian. Supe deſpues, que uno de los Profeſſores de la miſma Univerſidad intentò explicar el claro, facil, y ſano ſentido de la propoſicion; pero manteniendoſe el Opoſitor tenàz en ſu dictamen, me ha parecido hazer publica la cauſa, para que los Doctos, y Juiziolos ſe hagan cargo de la mala conducta, y imprudente calumnia del Opoſitor. Intereſame en eſto la amiſtad, y la razon.

A To-

FIGURA 2

admitir: *Partes corporis aliqua interveniente cognitione formantur*, y eſta miſma es la Theſis: *Impoſsibile eſt partes corporis nullo interveniente cognitione formari*. Acaſo dirà, que hablando la Concluſion del conocimiento Divino es ſuperflua; pues todos convienen, que concurre el conocimiento de Dios: pero ſi dixere eſſo, yà avrà de mudar la calificacion de la propoſicion, y darla la nota de *ſuperflua*; aunque no lo es tanto como le parece: pues ſon oy muchos los impios Eſpinoſiſtas, que niegan el concurſo de tal conocimiento, y no es ageno de un Filoſofo Catholico, ni aun ſuperfluo, que expreſſamente impugne los errores mas comunes, que pueden introducirſe en la Filoſofia.

Luego aunque Senerto, y otros admitan el conocimiento, y el Autor de la Theſis le admita, ay la diferencia, que ellos le requieren en el ſemen, para inferir Conſequencias erroneas, y hereticales; y el Autor, dandole mejor intelligencia, le ſupone en Dios para exterminar los errores, y explicarle mas conforme à las verdades de la Religion. Eſto lo confeſſarà qualquiera que lo examine con cuydado, mayormente ſi conſidera, que en la inteligencia de las Theſes deve eſtarle al ſentido, y conexion, que reſulta de ellas, y à la inteligencia del que las compone, quando no ay propoſiciones formalmente opueſtas à la Fè. En quanto al ſentido, y conexion queda arriba baſtantemente explicado; y en quanto à la inteligencia, me atreverè à aſſegurar, que el Autor no ha tenido otra, que la que ſe ha expreſſado, de oponerſe à todos los errores, y conformarſe enteramente con el ſentir de la Santa Madre Igleſia Catholica; à cuyo Juizio ſujeto humildemente mi dictamen. Valencia, y Diziembre à 10. de 1742.

Con licencia: En Valencia, Por JOSEPH THOMAS LUCAS.

FIGURA 3

Algunos filósofos creen que Dios crió en el principio del mundo todas las semillas de animales y plantas, ya organizadas; pero unos dicen que distribuyéndolas en los elementos, toman augmento donde hallan matriz proporcionada. Otros dicen que Dios en el primer individuo de cada especie colocó organizadas las semillas de toda aquella especie, de modo que en el primer grano de trigo se contenían cuantos habían de existir hasta el fin del mundo; en la primera bellota, cuantas encinas y bellotas se observan en la posteridad, y en el primer hombre, cuantos cuerpos humanos han de existir. Estas dos opiniones convienen en suponer que Dios organizó y formó las partes de cada individuo en el principio, así de plantas como animales, y diferencian sólo en el diverso lugar que se les señala. La primera la sigue y defiende el padre Rodríguez en su *Palestra Crítico-Médica, tomo 3, disc. I*, adonde se pueden ver sus pruebas largamente. La segunda, el padre Mallebranche, Purchot y refiere Bayle *tom.* 3, *pág.* 381. De estas dos opiniones defiende el autor de las Thess la segunda, es a saber, que Dios en el principio del mundo dejó en la semilla de cada especie organizados y con la entera formación de sus partes tan admirable todos los individuos de aquella especie, y sólo se aplica por las causas naturales la fecundación o, como llaman los filósofos de la Escuela, la última disposición. Esto supuesto, se explica la generación: la aura seminal, o vapor sutilísimo que se eleva del semen masculino, introduciéndose por su suma pequeñez en el cuerpecillo organizado que hay en el ovario, le agita, conmueve y fecunda, o le comunica la substancia espirituosa sin la cual no estaba dispuesto para recibir la forma; pero teniendo con su presencia aquel cuerpo la última disposición, Dios, como autor natural, cría e introduce la alma racional, que es la verdadera forma y causa de todas sus acciones. Toda esta opinión explicó clara y explícitamente el autor de las Theses en aquella conclusión del § 30. *Omnes homines* (habla del cuerpo humano, que es el sujeto de la generación) *jam in minimo extiterunt in primis Parentibus, und*

non de novo formantur singulis conceptionibus. Pero comprendiendo que dichos cuerpos no tenían la última disposición y que ésta la introduce el semen masculino, dice después: *Causa efficiens in generatione est semen masculum.* Quien no esté instruído destas opiniones y el modo con que las defienden sus autores, al ver que el semen se hace causa eficiente, pensará que éste forma las partes y las ordena; pero muy mal y con poca atención, pues la tesis de arriba las supone formadas, y para ser causa eficiente natural basta que concurra induciendo las últimas disposiciones en la materia para introducirse la forma.

El más rudo puede ver que en las Theses propuestas su autor se opone al error de la comunicación de las almas *per traducem*, pues todos los autores que le siguen, sin exceptuar alguno, suponen que el semen animado forma y ordena las partes; pero asegurando el autor de las Theses que éstas las formó Dios con infinita sabiduría en el principio y depositó ya formadas en nuestros primeros padres, *jam in minimo extiterunt in primis parentibus*, y que no se forman en cada generación, *unde non de novo formantur singulis conceptionibus*, se ve claro que por esta tesis dice todo lo contrario que suponen los sectarios de Senerto. Pero aunque con esto se opone enteramente a ese error de la comunicación de las almas, no destruye bastante el error de Espinosa y los epicúreos, hoy tan común como el otro, y para excluirle pone en la otra tesis *at partium formationem fieri nulla interveniente cognitione est impossibile.* Epicuro y Espinosa dicen que ningún conocimiento concurre en la formación de las partes, excluyéndoles todos por la universal negativa *nulla cognitio*; conque para rebatir este error, se ha de negar la universal y conceder que algún conocimiento se requiere, es a saber, el de Dios, y esto quiere decir la conclusión. Este sentido es claro y se deduce naturalmente de la tesis de arriba, pues suponiendo en ella que Dios formó y organizó los cuerpos en el principio, es preciso suponer el conocimiento divino, que negó Epicuro y hoy niegan los espinosistas; y para oponerse a ellos, se les niega la universal negativa. *Ningún conocimiento concurre en la formación de las partes*, diciendo que es falsa y aun imposible de verificarse. De todo lo cual se infiere que, en dichas Theses, su autor se opone a Senerto y sus sectarios con aquellas palabras *Unde non de novo formantur singulis conceptionibus*, pues destruyendo en ellas todo el fundamento de su opinión, que es la actual formación de las partes en cada generación, derriba todas sus falsas consecuencias; también impugna el impío error del espinosismo en aquellas palabras *Impossibile est partium formationem nulla interveniente cognitione fieri*, pues contradice la universal negativa en que se funda su error; y, en fin, establece la opinión más verosímil sobre la generación en aquellas palabras *Omnes homines jam in minimo extiterunt in primis Parentibus;* cuya opinión no me detengo en probar ahora por ser fuera del fin que me he propuesto, pero la explicaré largamente cuando venga la oportunidad. Lo que no puedo omitir aquí es que, citando el opositor al maestro de las sentencias Pedro Lombardo contra esta opinión, fué la cita falsa; pues habiendo visto a este célebre autor, he hallado que su opinión de las semillas de las cosas es bastante conforme a ésta.

No obstante el sentido sano y católico que tienen estas Theses, naturalmente y sin violencia deducido de ellas, el referido opositor puso a una de ellas la nota de herética y delatable, y lo hizo con tales ademanes y exageraciones que hizo acordar el caso que, en ocasión semejante, dice haber sucedido el Dr. Martínez; pues queriendo un cursante defender conclusiones de Súmulas en un lugar, presidiéndole un padre jesuíta, confusos sobre quién argüiría, llegó un estudiante que se ofreció a ello, y estando en el concurso y previniendo que argüiría sobre si la Lógica es docente o utente, empezó su argumento a grandes gritos y patadas, diciendo: *Sanctus Ignatius nunquam fecit talem alborotationem in populo: Ergo haereticus;* díjole el presidente: Señor estudiante, esto no viene al caso; y replicó él con doblados ademanes: *Ergo haereticus*, v. m. repita *Ergo haereticus, ergo haereticus.* Metiolo todo a bulla, y luego salieron algunos del concurso diciendo: ¡Qué tal es el estudiante! A la primera le ha probado que es hereje. Este es el caso, él por él. Mas veamos qué quiso decir este opositor con su herejía. Sin duda le pareció que las palabras *Impossibile est partium formatione nulla interveniente cognitione fieri* no se podían entender sino del modo que hablan del conocimiento los que admiten la comunicación de las almas *per traducem;* pero ¡cuán inicuamente, con cuánta ignorancia, con qué malicia lo juzgará cualquiera que haya leído la explicación antecedente de las Theses y la ninguna conexión que ésta tiene con tal error!

Para ser una proposición formalmente herética es menester que directa y formalmente se oponga a un dogma de fe; y sólo sería formalmente herética ésta: la alma no se cría por Dios en cada generación, sino pasa de padres a hijos; pero tal proposición ni se halla en las Theses, ni se ha soñado, pues el autor de ella es muy católico, y al mismo opositor le ha dicho muchas veces ser herética dicha proposición. Asimismo, para que una proposición sea errónea o *sapiens haeresim*, es menester que de ella, por legítimas consecuencias, se infiera una heretical; y está tan lejos la tesis de tener esto, que antes en el sentido explicado es muy conforme a la fe. Demos que este opositor arguyera de este modo: algún conocimiento se requiere para la formación de las partes, según la tesis; pero éste no puede ser otro que el que suponen en la alma del *semen* los que admiten la comunicación de las almas *per traducem;* luego. A este

silogismo se distingue la mayor: algún conocimiento se requiere, o creado o increado, concedo; precisamente creado, nego, y no dice tal la tesis. O concedámosle la mayor, y la menor se niega absolutamente, pues el conocimiento que se requiere es el divino, según se expresa en la otra tesis: *Jam in minimo extiterunt, non de novo formatur.* Conque se ve que ni aun sospechas de errónea tiene la dicha proposición, ni es mal sonante; antes, en el sentido que se ha explicado, es muy conforme a la Religión. Como el opositor tiene la conciencia tan delicada, le quedará un escrúpulo, y es que los autores que admiten la comunicación de las almas *per traducem* creen que la formación de las partes se hace con conocimiento, y aun se aprovechan de eso para mantener su error; conque suponiendo el autor de las Theses que se requiere conocimiento, coincide con aquella opinión. ¡Raro modo de filosofar! Podrá probar de esta manera que todos los filósofos, y los que hoy se creen católicos, son herejes. Esta proposición está admitida de todos: Dios tiene ciencia de los futuros contingentes; y el hereje deduce de ella: luego el hombre no tiene libertad. Pero el católico admite la libertad y la compone con la verdad de aquella proposición. ¿Se dirá que los teólogos están próximos a la herejía porque admiten aquella proposición de que se valen los herejes para sus erradas consecuencias? De ningún modo; pues aplique el caso. Otro ejemplo: un lugar de la escritura le admiten todos, pero con la difeerncia que el hereje, dándole prava inteligencia, saca consecuencias erradas; pero el católico, acomodándose a la inteligencia de la Iglesia, que no puede errar, saca consecuencias de fe; y esto mismo es lo que con su divino ingenio hizo Santo Tomás de Aquino; pues valiéndose los herejes de su tiempo de la filosofía de Aristóteles para mantener sus errores, con la misma intentó convencerles, aprovechando para servir a la Religión la misma filosofía que en los herejes servía para combatirla, infiriendo de unos mismos principios tan diversas consecuencias.

En fin, quiero saber si el opositor defenderá esta universal negativa: *Partes corporis formantur nulla interveniente cognitione;* y desde ahora me parece que no se atreverá, por no incurrir en el espinosismo. Luego esta otra habrá de admitir: *Partes corporis aliqua interveniente cognitione formantur;* y esta misma es la tesis *Impossibile est partes corporis nulla interveniente cognitione formari.* Acaso dirá que hablando la conclusión del conocimiento divino, es superflua; pues todos convienen que concurre el conocimiento de Dios. Pero si dijere eso, ya habrá de mudar la calificación de la proposición y darla la nota de *superflua;* aunque no lo es tanto como parece, pues son hoy muchos los impíos espinosistas que niegan el concurso de tal conocimiento, y no es ajeno de un filósofo católico, ni aun superfluo, que expresamente impugne los errores más comunes que pueden introducirse en la Filosofía.

Luego, aunque Senerto y otros admitan el conocimiento y el autor de la tesis le admita, hay la diferencia que ellos le requieren en el semen, para inferir consecuencias erróneas; y el autor, dándole mejor inteligencia, le supone en Dios, para exterminar los errores y explicarse más conforme a las verdades de la Religión. Esto lo confesará cualquiera que lo examine con cuidado, mayormente si considera que en la inteligencia de las Theses debe estarle al sentido y conexión que resulta de ellas, y a la inteligencia del que las compone, cuando no hay proposiciones formalmente opuestas a la fe. En cuanto al sentido y conexión, queda arriba bastantemente explicado; y en cuanto a la inteligencia, me atreveré a asegurar que el autor no ha tenido otra que la que se ha expresado, de oponerse a todos los errores y conformarse enteramente con el sentir de la Santa Madre Iglesia Católica, a cuyo juicio sujeto humildemente mi dictamen. Valencia y Diciembre a 10 de 1742.

Con licencia: En Valencia, por Joseph Thomas Lucas.

Importa poco la comprobación de la letra de Mayáns en las líneas reproducidas en la figura 1. En efecto, en las *Theses* encontramos los párrafos impugnados por el contrincante, que hemos visto aludidos con reiteración en el texto que queda transcrito. Figuran en la página 30 de las mismas. Dicho sea de paso, estas Theses (fig. 4) no han sido todavía suficientemente estudiadas por los historiadores de la Medicina. Pero aun hay más. Entre los volúmenes de la misma biblioteca de Mayáns, hay otro de iguales características, en cuyo lomo se lee: «Cartas de Piquer i de Gimeno» (señalado con un *13* en una etiqueta verde). En él están recogidas las cartas que escribió Piquer a Mayáns entre 1741 y 1751, que ocupan casi todo el volumen. Entre ellas hay una —cuyo final reproduzco de la mejor manera que ha sido posible (fig. 5)— en que nuestro autor responde a unos ligeros y amistosos reparos puestos por Mayáns. Dice así:

Muy Sr. mío: acompaño a Vm. en la alegría que tiene por el feliz nacimiento de mi Sra. María Teresa su hija, y quiera Dios hacerle incitadora de la virtud y mérito de su padre.

Dice Vm. que ha tenido gusto de leer mi papel, y le aseguro con verdad que le he tenido yo mucho mayor cuando he sabido que, a lo menos, ha merecido en parte su aprobación. A los reparos que Vm. hace, se me ofrece lo siguiente. Lo primero dice Vm. que *dichas proposiciones no están expresadas con bastante claridad;* a lo que respondo que si los que las leen han visto en algún libro la cuestión que aquí se trata, no dudarán ni tendrán motivo de dudar de la legítima inteligencia de ellas, pues en formales palabras las traen Bayle en el tercer tomo de la crítica, Mallebranche en el tomo primero de la Inquisición de la verdad, y con mucha más extensión el P. Rodríguez en el tercer tomo de la Palestra crítico-médica; pero si esta cuestión no la ha visto en parte alguna el que lee las conclusiones o, aunque la haya visto, o ha sido de paso o no la ha entendido, ya se ve que les dará varias inteligencias, cuyo inconveniente no está obligado [a] evitar el autor de las Theses pues para esto no bastan muchos tomos. Fuera de esto, las conclusiones se hacen con otro estratagema que los otros libros, y no se hacen tan comunes como éstos, pues el que las forma tira por lo común a poner la conclusión y omitir la razón de ella, que siendo hábiles los opositores que han de combatirlas se supone la saben, y siendo ignorantes, no tiene la culpa de que otros ignoren lo que tienen obligación de saber. Ni debe decirse que este artificio sólo será permisible en el caso de no haber duda en la proposición; pues esta duda sólo puede obligar a aclararla en las mismas conclusiones cuando juzga que los doctos y versados en las cuestiones que se tratan tendrán justo motivo de tenerla, lo que no sucede en nuestro caso.

El segundo reparo que Vm. hace es sobre la inteligencia de las palabras *omnes homines*, al que respondo que para los que han visto la cuestión, no puede haber duda en que se entiende el cuerpo organizado, sin que por eso sea impropia la locución, pues los autores que la tratan sólo hablan de aquello que propiamente es capaz de organización, y lo es sólo el cuerpo; ni por eso tienen reparo de decir *hombre* aunque sólo disputen del cuerpo, pues no sólo entre los filósofos, mas también en el vulgo, es uso muy recibido y aprobado de los doctos dar a todo el compuesto la denominación que suele ser propia de sola una parte muy principal: así decimos el *hombre muere*, está *enfermo, sano,* es *mortal,* etc., y en tales locuciones hablamos sólo de la materia o cuerpo, siendo imposible de verificarse en la alma. La Iglesia dice: memento *homo,* y después le dice que es polvo, lo que no puede entenderse más que de el cuerpo; y en este mismo sentido se dice en la definición de la Medicina que es conocimiento del *hombre.* A esto añado que el motivo de esta cuestión no es otro que la consideración de que una organización tan admirable como la del cuerpo humano ni puede ser el efecto del acaso, ni de alguna causa que aunque tenga conocimiento no se sirva de él para la formación, ni de algún conocimiento limitado; y atendiendo que la alma racional, aunque tiene conocimiento, no sabe el artificio de tal máquina y es su conocimiento limitado, por tanto no puede ser causa de la organización, por más que Paulo Zaquías en sus Questiones médico-legales se la quiera atribuir; ni puede serlo ante alguno que obre sin conocimiento, pues si la fábrica del cuerpo humano puede hacerse en la Naturaleza sin inteligencia del que la forma, ¿por qué no la ha de haber para formar un reloj, un palacio, etc.?; y si la putrefacción puede engendrar un insecto, con más facilidad el aire uniendo las piedras formaría una casa, siendo el artífice desta muy inferior al de aquél. Luego sólo Dios sabe fabricar la máquina de nuestro cuerpo; y si según las leyes generales de la Providencia hallamos un modo muy conforme de explicar la formación de tan admirable artificio sin acudir a una providencia particular en cada generación, por tanto se puede juzgar con mucha verosimilitud que todos los cuerpos humanos se organizaron en los principios y depositaron en nuestros primeros padres. A lo menos en las plantas está probado por repetidos experimentos no sólo del tulipán, mas también de muchas otras, que se pueden ver en Malpigio y Grew. Pero los autores que trataron de esto hablan sólo del cuerpo aunque dicen *generación del hombre,* sin llegar a dudar de la alma ni hablar de ella en esta cuestión más que para excluirla de la formación del cuerpo. Fuera de esto, hasta ahora no ha habido secta alguna de filósofos modernos que haya escrito que las almas las crió Dios en el principio; antes aquellos mismos que tratan la cuestión suponen la generación de la alma por Dios en cada generación. Por todos estos motivos dije que los que han visto la cuestión en los autores, no podrán dudar de la inteligencia legítima de las palabras *omnes homines.* Pero lo que quita toda duda son las palabras siguientes *non de novo formantur singulis conceptionibus;* pues los aristotélicos dicen que la organización se hace de nuevo en cada generación, y que las partes se forman por la facultad de la semilla. Entre los modernos hay muchos que suponen hacerse esta formación de nuevo aunque para ella acuden al mecanismo, y para manifestar que los que les suponen en los primeros padres les juzgan formados con la imposibilidad de que ninguna cosa criada les pueda formar o organizar, por esto se pone *unde non de novo formantur.* Con estas palabras no se pretende hablar de forma alguna, mucho menos de la información de la alma, pues sólo se habla de la arquitectura, enlace y composición de las partes, lo cual llaman los médicos *formación* sin detenerse en la propiedad de la voz sino sólo en el uso facultativo. Ni por esto se excluye toda acción en la concepción, pues el cuerpo organizado, para tener la alma racional no sólo necesita la entera organización, mas

también de la agitación y comunicación de la substancia espirituosa de la semilla, la que sólo la logra en el tiempo de la concepción; y teniendo ya con ella aquel cuerpecito antes organizado el espíritu que ha de ser el principal órgano de sus movimientos, Dios, como autor natural, cría e introduce la alma racional que le da la vida; y esto mismo es lo que dicen los autores que yo he visto sobre este punto. Si pretendiese yo entrar aquí a probar la mucha verosimilitud de esta opinión, sería preciso impugnar las obras y, a la vista de su insubsistencia, establecer las fuertes razones de ésta, lo que haría una carta muy larga; pero esto lo haré cuando Vm. gustare.

THESES
MEDICO-ANATOMICÆ
PRO ANATOMIÆ
CATHEDRA OBTINENDA
DISPUTATIONI PROPOSITÆ
IN ACADEMIA VALENTINA
A DOCTORE
ANDREA PIQUER,
PRO CATHEDRA BOTANICÆ SEMEL;
& pro Theorica bis, necnon pro Hoſpitii Generalis Medicatura ſemel, & iterum candidato,
Valentinæ Civit. Medico Titulari, & Academiæ
Regiæ Medico-Matritenſis Socio.

VALENTIÆ DIE 27 JULII ANNO M.DCC.XXXXII.

VALENTIÆ.
In Officina Josephi García, juxta Plateam de Calatrava.

FIGURA 4

FIGURA 5

A la última duda de las palabras *in primis parentibus,* digo que puede Vm. elegir lo que le parezca, pues es opinión muy probable que estuvieron en Eva, y en estos términos se explica el P. Mallebranche hablando desto: *gaudeant apes, quae jam non habent Regem sed Reginam quam colant;* y es lo que me parece más verosímil. Otros les suponen depositados en la semilla de Adam, y creen que la hembra sólo da lugar o matriz proporcionada, lo que también es muy probable; y para manifestar que estaba el autor de las conclusiones dispuesto a defender ambas opiniones, por eso puso *in primis parentibus;* y creo que si algún opositor le hubiera puesto este dilema: *vel corpora organisata extiterunt in Adamo vel in Eva?,* hubiera respondido: elige. Y con ese fin no quiso poner determinadamente *in Adamo,* pues excluía a Eva, ni *in Eva,* pues excluía a Adam, y para significar que ambas opiniones defendería puso indiferentemente *in primis parentibus.* Aquí advierto que la tercera parte del dilema de Vm. *vel in utrisque simul* se niega enteramente y se tiene por imposible.

Esto me ocurre sobre las dificultades propuestas, y no dudo que podrá Vm. con su agudeza y juicio hacer nuevas reflexiones no sólo sobre el papel, mas también sobre esta carta. Pero acudiendo a lo que más importa, que es la salud de mi Sra. su parienta, me parece que debe tomar poco y buen alimento y, si no purga abundantemente, sangrarla, que estos medios son

propios para hacer más tenue y menos copiosa la leche, y asegurarán un buen sobreparto. Quedo rogando a D.S gde. a V ms. as Valencia Dbre. a 26 de 1742.

B. l. M. de Vm.
S. M. S.
el Dr. Andrés Piquer

Sr. Dn. Gregorio Mayáns y Siscar

* * *

No creo, pues, que quede duda alguna respecto a la persona ocultada por el pseudónimo. Como el propósito de este artículo es meramente informativo, no hay por qué analizar el contenido del folleto [4] ni el de la carta, ni hacer los comentarios a que se prestan. Salta a la vista la maligna violencia de aquellas oposiciones. Pero más interesante es, sin duda, la naturalidad con que se refiere Piquer al *Diccionario* de Pedro Bayle (1695-1697), tan importante en el proceso de lo que suele llamarse secularización de la ciencia (o de la cultura); es una muestra más de su penetración en España, cosa, por otra parte, ya conocida a través de las citas de Feyjoo y de otros. En especial, quiero hacer notar, para recoger esto en mejor ocasión, la modernidad de la formación científica de Piquer. Como suele decirse, nuestro autor estaba al día: Hoffmann moría ese mismo año 1742, y Junker (1679-1759), gran apóstol de la escuela de Stahl, aun vivía. Tales testimonios deben ser agregados a los constituídos por los concepos y citas de la primera edición de la *Medicina vetus et nova* (Valencia, 1735) y de las ya mencionadas *Theses medico-anathomicae.*

Dirección: Cirilo Amorós, 90, Valencia.

[4] En varios de los apartados que forman el último capítulo del libro de P. Laín Entralgo *Vida y obra de Guillermo Harvey* (Buenos Aires, 1948), encontrará el lector orientaciones de interés para el tema de la generación.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 397. - TOMO LXVII
ABRIL 1959

UNA MODERNA METÓDICA DE ASISTENCIA AL PARTO

EL PARTO PREPARADO, DIRIGIDO Y POR ASPIRACIÓN

POR EL

DR. CÉSAR FERNÁNDEZ-RUIZ

DIRECTOR DE LA MATERNIDAD PROVINCIAL. EX PROFESOR DE LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID.
MIEMBRO DE LA FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.

PALENCIA

En estas mismas páginas de CLÍNICA Y LABORATORIO publicamos, en colaboración con VEGA, en 1953, las primeras experiencias realizadas en España con la ventosa de Couzigou, y hoy exponemos cómo el sistema de presión negativa ha sido incluído en una moderna metódica asistencial a la práctica del parto normal.

La clásica expectación en la asistencia al parto fué sustituída, a partir de SCHIKELE y KREIS (1925-29) y de VORON y PIGEAUD (1933), por la dirección del mismo con amniorrexis y espasmolíticos; desde entonces, las aportaciones en este sentido no se han interrumpido, aprovechando en cada momento la aparición de nuevos fármacos con el deseo bien justificado de hacer el trabajo del parto menos doloroso y duradero.

Con tal idea publiqué en 1954, en la revista «Cirugía, Ginecología y Urología», mi personal experiencia con el método seguido y comunicado al Congreso Hispano-Portugués de Barcelona, en 1950, cuya directriz era *lograr un parto tolerable y rápido mediante la mezcla espasmolíticoocitócica, amniorrexis y analgesia con trilene y conducción hormonal del período expulsivo,* logrando así partos en multíparas de duración mínima de veinte minutos, y en primíparas, de tres horas, con fallos que no excedían de un cinco por ciento y sin ningún inconveniente materno ni fetal.

En el trabajo aludido se hacía referencia a la aplicación de extracción fetal por «*ventosa eutócica y a la asociación de la preparación psicofísica,* que apenas se iniciaba; a la relativa frecuencia de «pequeños fórceps sobre cabeza visible» con modelos de CAÑADAS, L. DÓRIGA y el pequeño de NAEGELE; a la dirección del alumbramiento sistemáticamente con ergometrina en vena, cuyas primeras experiencias habíamos realizado en 1942, y que oportunamente publicamos en esta revista.

En conjunto, estábamos muy satisfechos del método, y aquella experiencia, que entonces alcanzaba a unos cuatrocientos partos, hoy llega a los tres mil, con los mismos buenos resultados.

El progreso continuo de la Medicina trajo *nuevas aportaciones, que nosotros fuimos incorporando a nuestro parto dirigido,* porque estimamos que los beneficios

de esta asociación eran evidentes, y prueba de ello es que el pasado año 1957, figura tan destacada de la Obstetricia francesa como el profesor PIGEAUD, de Lyón, publicó su método de «Nuevo parto dirigido», que *era exactamente lo mismo que yo había propuesto aquí en 1954*, y que confirmé en mi reciente visita a su clínica, con absoluta identificación de criterios y resultados en conjunto, ya difíciles de superar.

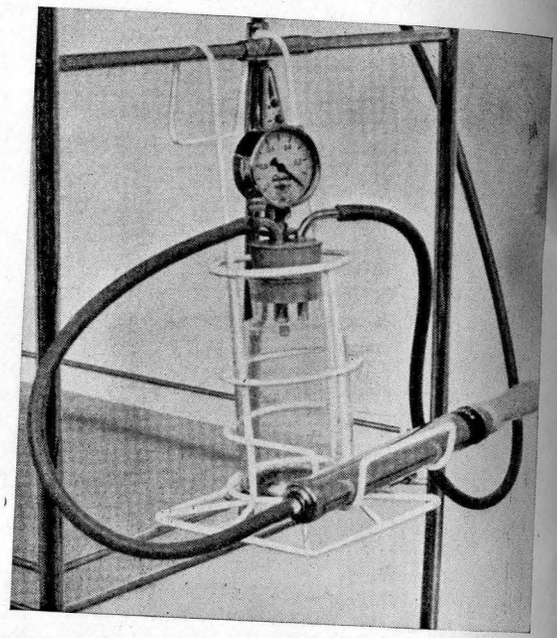


Fig. 1.—SISTEMA DE VACÍO MECÁNICO (V. E. MALMSTROM).

NOTTER, en estudios espirométricos sobre gestantes, demuestra un descenso de la reserva respiratoria y una hipoxia maternofetal, un aumento del carbónico residual alveolar, y, por otra parte, señala el hecho conocido de que la sangre bien oxigenada tiene efectos antiespasmódicos y favorece la función muscular. Siendo así que las necesidades de oxígeno aumentan a medida que el parto progresa, y son máximas en el expulsivo, se comprende que *la oxigenación artificial discontinua es una excelente y necesaria colaboración en el parto científicamente dirigido.*

La preparación psicofísica, afortunadamente muy difundida en la clínica, y con excelente acogida entre las mujeres, tiende a romper el círculo creado de «temor, tensión, dolor» por medio de una *educación*, un *entrenamiento* y un importantísimo *factor sugestivo*, circunstancias todas muy aprovechables en la dirección del parto, *especialmente el entrenamiento respiratorio*, de mucha mayor importancia práctica que el muscular, como lo prueba la preparación de enfermas tuberculosas embarazadas, en las que el ejercicio muscular es mínimo (NOTTER-EGRON). Mi identificación es absoluta con GAILLARD y su experiencia sobre dirección del parto, como puede verse en su librito «L'accouchement sans douleur» (París, 1957), es en todo coincidente con la mía. Grata coincidencia, porque cuando yo sugerí en el año 1956, en una reunión ginecológica celebrada en León, la asociación de los métodos dirigido y psicofísico, se me argumentó que ello influía desfavorablemente en el acondicionamiento de la mujer; hoy, en cambio, vemos, a partir de las conclusiones del Congreso de Kiev, «que

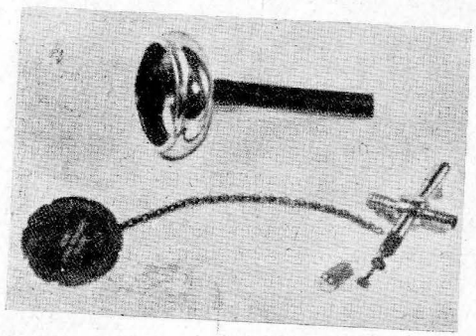


Fig. 2. — SISTEMA DE TRACCIÓN, DESMONTADO, DEL VACUUM-EXTRACTOR DE MALMSTROM.

la medicación oportunamente manejada y con experiencia no interfiere la acción psíquica», y *el método psicoprofiláctico es considerado como eficaz colaborador del parto dirigido.*

No sólo por lo que hemos visto personalmente, sino, además, basados en una recopilación estadística de 43.676 partos preparados, llegamos a concluir que la preparación psicofísica educa, enseña, a la mujer a parir, destruye mitos, evita la ignorancia y tiene una importante influencia sobre el dolor, que, aunque no sea constante ni absoluta, es muy valorable y útil.

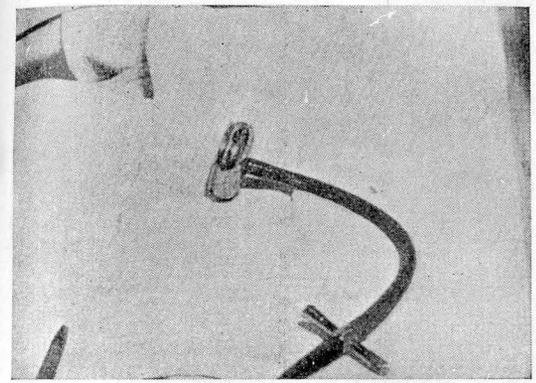


Fig. 3. — VENTOSA PREPARADA PARA SU APLICACIÓN.

La presión negativa para la extracción fetal fué iniciada por SIMPSON en 1849, con su aparato de vacío que llamó «Succiontractor», y por MCCAHEY, en Nueva York, en 1890, con su «Atmospheric-tractor». Más tarde, en 1931, lo intentó GAUS con la «ventosa extractora». En 1951, GASTALDO hizo experiencias similares. En 1947, COUZIGOU comunicó a la Sociedad de Medicina de París sus primeros ensayos con la «ventosa eutócica»; y FINDERLE, en 1952, comunica los resultados logrados con su «extractor». Ninguna de estas experiencias logró llamar la atención de los obstetras, hasta que MALMSTROM dió a conocer, en el Congreso de Nueva York de 1950, su película con el manejo del «Vacuum-Extractor», que, llamando la atención de ROSA, de Bruselas, lo presentó al Congreso de esta capital en 1955. Desde entonces, y al ser considerado y experimentado el extractor en las clínicas alemanas, «cesa la ironía» hacia la ventosa.

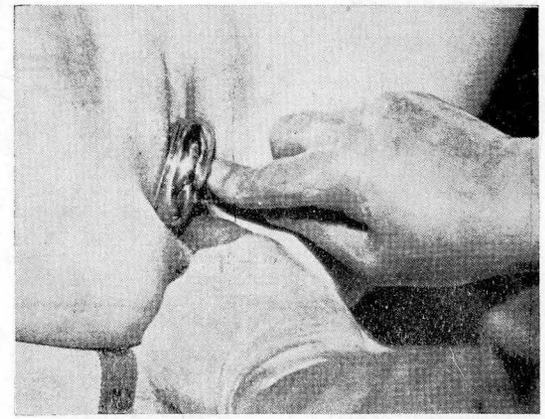


Fig. 4. — MANERA DE INTRODUCIR LA VENTOSA, ESTÉRIL PARA APLICARLA SOBRE LA PRESENTACIÓN (CABEZA).

En 1952, COUZIGOU tuvo la gentileza de enviarme su «ventosa» junto con los informes publicados sobre ella por HASEGAWA y SHIOJIMA, en Tokio; HERBAUT, en Bizerta; LAURET, en Rouen, y RATSIMIERO, en Madagascar. Nuestras primeras impresiones las comunicamos, en colaboración con VEGA, en estas páginas, allá en 1953, y eran resueltamente favorables, por lo que decidimos *su incorporación a nuestra metódica del parto dirigido*. Actualmente utilizamos el V. E. de MALMSTROM, más manejable y cómodo, del que dan exacta idea las adjuntas ilustraciones.

Sobre el V. E. existe ya una bibliografía suficiente para su enjuiciamiento. En

España, aparte de nuestras comunicaciones, las de USEROS, ALMENDRAL, MORAIS y el estudio de DEXEUS TRÍAS sobre las experiencias realizadas en la Maternidad de Barcelona. En el extranjero, FINDERLE, COUZIGOU, EVELBAUER, MALMSTROM, MARTHIUS, MAIRE y BURNOD, MEINRENKEN-SCIEFERSTEIN, PIGEAUD, ROSA y PIRAUX, WATTEVILLE, ERNEST, etcétera. En tanto algunas de las indicaciones del V. E. pueden ser discutidas (cabezas altas, dilatación incompleta, tracción continua, etc.), la opinión es unánimemente favorable en el parto dirigido. Para mí, el más eficaz colaborador, tanto más útil cuanto más baja está la presentación (cabeza visible o inmediatamente accesible), porque permite no sólo el acortamiento del parto, sino un desprendimiento dirigido y controlado, *una asistencia activa y eficiente*, y, sobre todo, *la influencia moral sobre la mujer, que se siente ayudada;* también un beneficio sobre el feto, que sufre menos tiempo los efectos de la hipoxia. Para VOEGELI, «el extractor neumático es un instrumento original que permite ayudar los esfuerzos expulsivos de la mujer».

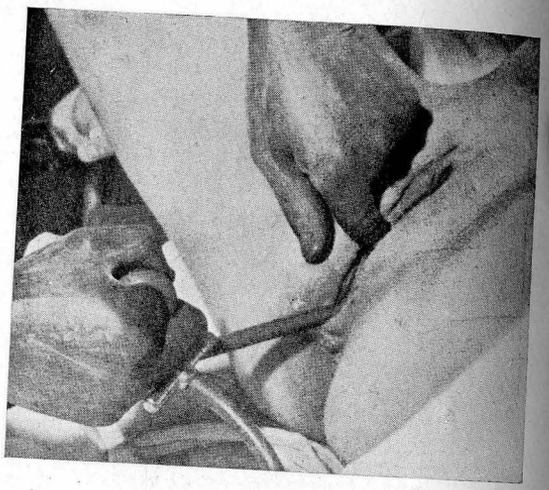


Fig. 5. — DIRECCIÓN DE LA TRACCIÓN AL COMIENZO

Yo pienso que pretender enfrentar el «vacuum-extractor» con el fórceps es un error, porque el fórceps supone anestesia y, en consecuencia, supresión de la contracción y de la colaboración materna; su acción es rápida y enérgica, y sus indicaciones, precisas. En cuanto a *la ventosa, está ideada para una tracción lenta, intermitente, sincrónica con la contracción y reforzando la colaboración directa de la mujer.* No es una sustitución de fórceps por la ventosa, sino la evitación de muchos fórceps innecesarios y sin indicación precisa; éste es también el punto de vista de VOEGELI y PIGEAUD.

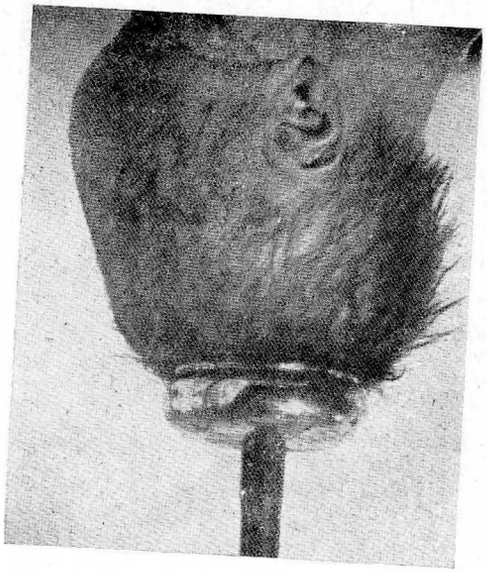


Fig. 6. — PERFECTA ADAPTACIÓN DE LA VENTOSA EN APLICACIÓN IDEAL.

Cuantos llevamos muchos años dedicados a asistir partos, sabemos bien ese momento en que la cabeza, ya visible, se detiene, o progresa con lentitud, asoma a la vulva en cada contracción para volver a elevarse durante el reposo, con la consiguiente desesperación de la mujer y la poco airosa situación del obstetra; ese momento en que «apetece hacer algo» para acabar el expulsivo y llevar la tranquilidad a la mujer; ese algo que resume la culminación de la asistencia al parto: el nacimiento. Ese algo no puede ser más que un pequeño fórceps de complacencia. Pues bien, *ésta es la indicación precisa, más simple y útil, del extractor* dentro de nuestra metódica de parto dirigido.

Su manejo es muy simple. No se precisa anestesia, y nosotros usamos sistemáticamente la analgesia al trilene. La *perineotomía la prodigamos* en primíparas porque estamos convencidos de que muchas veces, aun con integridad de la piel,

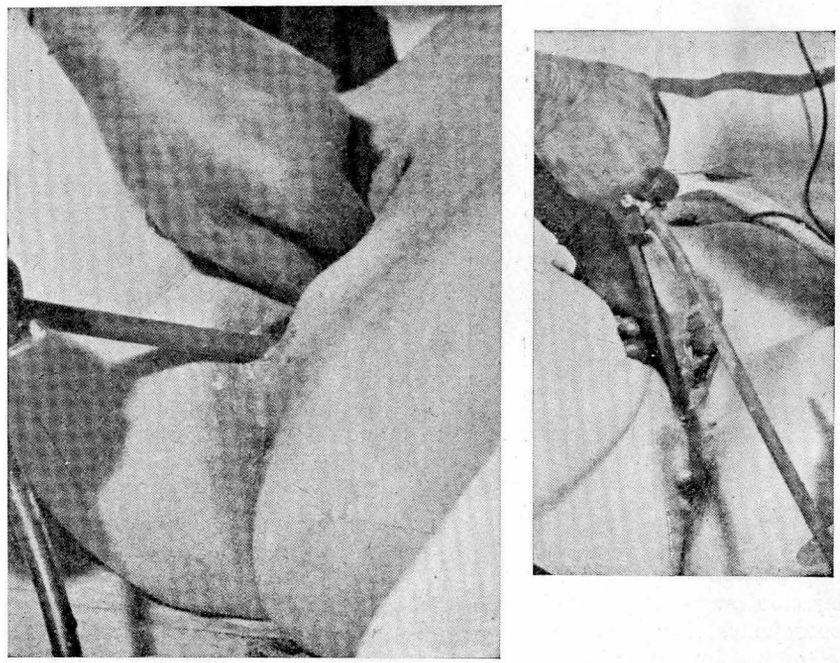


Fig. 7. — CAMBIO EN LA DIRECCIÓN DE LA TRACCIÓN A MEDIDA QUE AVANZA EL POLO FETAL

se producen desgarros musculares subcutáneos y distensiones del periné anterior (injustamente olvidado y tanto o más importante que el posterior), y porque además nos permite *una reconstrucción quirúrgica perfecta de gran trascendencia en la vida sexual ulterior de la pareja,* cuya omisión se traduce a la larga en múltiples conflictos psicosexuales. Con tubo y ventosa estériles se hace la adaptación a la presentación (cabeza o nalgas), con exclusión total de la presentación de cara por el peligro ocular.

El dedo índice de la mano opuesta recorre circularmente la ventosa para evitar la inclusión de partes blandas maternas y su buena colocación. Entonces se procede al vacío hasta un máximo de 0'7 a 0'9 atmósferas, y en ocasiones menos; este vacío se hace lentamente durante unos pocos minutos, hasta que los intentos de tracción demuestran una buena adaptación de la ventosa. Las *tracciones serán intermitentes, aprovechando la contracción y el esfuerzo de la mujer* (inspiración profunda sostenida); pasada la contracción, se sostiene suavemente la tracción para evitar el ascenso de la presentación. La dirección de la tracción se hará siempre en sentido perpendicular al plano de aplicación de la ventosa, y, naturalmente,

varía esta dirección a medida que la expulsión progresa, favoreciéndose con ella el desprendimiento y deflexión de la cabeza, siguiendo exactamente la directriz del parto espontáneo. Una vez la cabeza desprendida, se abre la válvula de comunicación del aire, con lo que la ventosa cae espontáneamente. El *caput sucedaneum* es idéntico al del parto normal, y el surco de la ventosa desaparece a las pocas horas.

El estudio matemático realizado por ROSA demuestra que el efecto de la ventosa sobre la cabeza, a igualdad de fuerza de tracción, es veinte veces menor que la del fórceps, y jamás se ha demostrado en la necropsia de fetos muertos por otros motivos, ni desgarros meníngeos, ni hemorragias intracraneales; el estudio oftalmoscópico sistemático demostró en los fetos nacidos por ventosa menor número de alteraciones que en los procedentes de parto espontáneo.

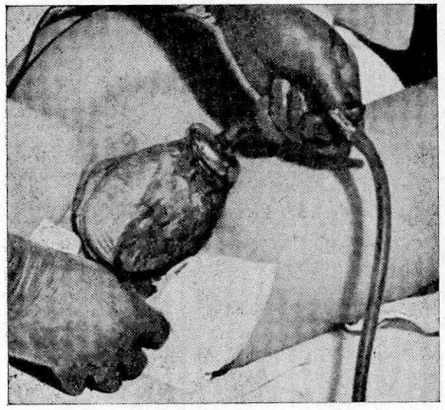


Fig. 8. — ULTIMA FASE DEL EXPULSIVO DIRIGIDO POR LA TRACCIÓN DE LA VENTOSA.

Recientemente, el profesor PIGEAUD me contaba que en su clínica (una de las más perfectas organizaciones obstétricas que he conocido) se habían realizado ya más de tres mil ventosas con el sistema del parto dirigido, que, como he dicho ya, es exactamente igual al que nosotros veníamos realizando con los mismos buenos resultados.

Nosotros introducimos en nuestra metódica el *uso de «ataráxicos»*, porque estos tranquilizadores innocuos, desde unos días antes del previsto para el parto, procuran un sosiego muy estimable la mayoría de las veces, y, sobre todo, favorecen la relajación muscular y psíquica que buscamos en la preparación.

Aconsejamos siempre una *kinesiterapia precoz y masaje de pared abdominal*, lo que tonifica los músculos abdominoperineales y evita fruncimientos y cicatrices de la piel; las mujeres agradecen siempre esta atención a la estética.

Por sistema, los niños deben ser vistos por el puericultor desde el momento de su nacimiento, colaboración indispensable en una elemental organización maternológica. El *parto en clínica, y el trabajo en equipo*, son hoy un precepto que no necesita más justificación, pero que todavía precisa del apoyo de todos para su sistematización y abandono del nefasto parto en domicilio, que de ninguna manera puede acogerse a todos estos beneficios.

RESUMEN

He expuesto una moderna metódica de parto dirigido, *que venimos realizando a satisfacción y con resultados que, comparados con los que yo mismo obtenía antes de estos diez últimos años, ma parecen muy próximos al ideal de la asistencia.*

Esta metódica conduce a que el trance psicológica y físicamente más trascendental de la vida de la mujer, su maternidad, transcurra en una atmósfera de confianza, de fe, de optimismo al saber que será ayudada; sin angustias ni temores, con el mínimo dolor posible y en el plazo de tiempo más corto. *Significa también una educación, la organización de una conducta, de una disciplina frente a la ignorancia en que hasta ahora se han desenvuelto todas las cuestiones en relación con la generación.*

Aunqua todavía muy próximos en el tiempo, estamos enormemente alejados ya de las normas clásicas de asistencia obstétrica. Es el resultado del progreso global de la Medicina.

La metódica que acabo de exponer no tiene en sí nada original, cierto; pero es el resultado de asociar y coordinar diversas técnicas y métodos a la fisiología obstétrica aprovechando las ventajas que cada uno tienen separadamente, aunando su acción y reforzando su efectividad.

Nos asociamos absolutamente a la frase de TUPPER: *"Cualquier empresa que haga más satisfactorio y atractivo el proceso de la maternidad, debe merecer la consideración más atenta".*

Pero es que no se trata sólo, y ya sería suficiente, de ayudar a la madre en su dolor, sino que con esta metódica se evitan muchas intervenciones quirúrgicas. Por ejemplo, para algunos la ventosa sirve para favorecer la dilatación de cuellos rígidos (WATTEVILLE), *con lo que se evitan algunas cesáreas; y aplicada en casos de atonía uterina, evita gran número de fórceps, más agresivos para el feto. La ventosa en tracción continua puede, según algunas experiencias, resolver problemas hasta ahora tributariös de la cirugía obstétrica, que también trata de perfeccionar en estos momentos* THIERRY *con sus «espátulas libres» para sustituir al fórceps. La ventosa no ejerce compresión, no ocupa espacio perviano, no traumatiza* (MARIEBURNOD). *Si nosotros, con la metódica expuesta, dirigimos el trabajo del parto, es evidente que disminuiremos el número de distocias dinámicas y, en consecuencia, el número de intervenciones tocúrgicas. El beneficio para el feto es indiscutible, y los pediatras tendrán muchas menos ocasiones de atribuir al trauma obstétrico ulteriores anormalidades mentales de los niños a su cuidado, razón que, probablemente, y como medida profiláctica discutible, viene fomentando el abuso inmoderado y, a mi juicio, peligroso de la sencilla y atractiva cesárea, al amparo de antibióticos y transfusiones.*

Las ventajas del parto así dirigido son tantas y de tanta trascendencia, que, sinceramente, creo que merece ser ampliamente difundido; yo estoy convencido de sus beneficios en el trip'e aspecto de atenuar y disminuir notablemente el tiempo del dolor materno, evitar peligros de anoxia fetal y permitir una eficaz ayuda del médico.

BIBLIOGRAFÍA

COUZIGOU.—Com. a la Soc. Med., París, 1947.
— *L'Avenir Medical*, n.º 3. 1952.
CASTAÑO ALMENDRAL-USEROS, MORAIS.—Com. a la Soc. Ginecol. Cast., 1958.
CHARRIER.—These, Lyón, 1956.
DEXEUS TRÍAS.—*Anales Med. Barc.*, n.º 2. 1957.
EVELBAUER.—*Geb. u. Frauenh.*, n.º 3. 1956.
FERNÁNDEZ-RUIZ.—*Cirugía, Cinecol. y Urol*, n.º 5. 1954.
— CLÍNICA Y LABORATORIO, 1953 (colab. con VEGA).
— Com. a la Soc. Ginecol. Castilla-Santander, 1958.
— *Tokoginecol. Pract.*, n.º 163. 1958.
— Com. a la Aeal Acad. Med. Valladolid, 1958.
— *Rivista Ital. d'Ost. Prat.*, n.º 9. 1959.
— *Gaceta Médica Esp.*, 1958.
— *Cirugía, Ginecología y Urología*, n.º 5. Madri, 1958.
FINDERLE.—*Acta Gynecol. et Obst. Hisp. Lusit.*, n.º 3. 1952.
GASTALDO.—*Minerva Ginecol.*, pág. 547. 1951.
GAUS.—*Geb. u. Frauenh.*, pág. 115. 1944.
HASEGAWA-SHIOJIMA.—*Mon. Tokio*, 1951.
HEBRAUD.—*Rev. Med. Nav. Franc.*, 1949.
MARIE-BURNOD.—*Bull. Soc. Gyn. Obst.*, pág. 189. 1956.
MEIRENKEN-SCHIEFERSTEIN.—*Geb. u. Frauenh.*, pág. 1.086. 1957.
MALMSTROM.—*Acta Obst. Gynecol. Scand.*, supl. 4. 1954.
MCCAHEY.—*Mon. Philadelphia*, 1891.
SIMPSON.—*Mon. Edimburgo*, 1849.
ROSA.—*Bull. Soc. Royal Belge Gyn. Obst.*, t. 26, n.º 2. 1955.
ROSA-PIRAUX.—*Bull. Soc. Roya! Belge Gyn. Obst.*, t. 27, n.º 1. 1957.
PIGEAUD.—*Gyn. et Obst.*, pág. 167. 1957.
THIERRY.—«Les spatules». París, 1954.
VOEGELI.—*Bull. Soc. Gyn. Obst.*, pág. 9. 1957.
— *Gyn. et Obst.*, pág. 95. 1958.

Dirección: Mayor, n.º 33, 2.º. Palencia.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 397. - TOMO LXVII
ABRIL 1959

BASES RACIONALES PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO DE LA COLITIS ULCEROSA GRAVE O POLICAUSAL

POR EL

DR. JUAN NASIO

F. I. A. P.

DIRECTOR DE LOS ARCHIVOS INTERNACIONALES DE GASTROENTEROLOGÍA

BUENOS AIRES

IMPORTANCIA

En nuestra definición de la colitis ulcerosa grave o colitis ulcerativa policausal, al considerarla como una «enfermedad crónica, en la que intervienen polifactores causales, de evolución cíclica, estacional y recidivante, que se desarrolla en enfermos con distonía psiconeurovegetativa, caracterizándose por aparición de lesiones ulcerosas hemorrágicas en el colon y recto resistentes al tratamiento», encontramos involucradas las circunstancias que explican la confusión reinante en el tratamiento de esta enfermedad y la necesidad de establecer las bases racionales sobre las cuales se debe instituir el tratamiento médico o quirúrgico. Si bien es cierto que en nuestra casuística sobre 18.000 enfermos del aparato digestivo, la colitis ulcerosa apareció dentro de las enfermedades del colon en la proporción del uno por ciento, su morbilidad invalidante y su gran porcentaje de mortalidad obligan a establecer un tratamiento que responda a ciertas realidades que ofrece la patología de la enfermedad.

FACTORES DE CONFUSIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA COLITIS ULCEROSA

Las contradicciones, los éxitos espectaculares seguidos por fracasos, y el fárrago inusitado de medicamentos que han preñado la terapéutica, así como las sorprendentes estadísticas del tratamiento quirúrgico de esta enfermedad, son, en realidad, inespecíficos, y los encontraremos en toda la patología médica cuando la afección ofrezca las siguientes circunstancias: variabilidad evolutiva, en particular cíclica y con remisiones espontáneas; mejorías y empeoramientos influenciables por factores diarios y periódicos de carácter psíquico, alimenticio, meteorológico, alérgico e infeccioso.

Correlato del «X Seminario Anual de la Academia Internacional de Proctología». Méjico. 11 de abril de 1958.

CUADRO N.º 1

Teorías etiopatogénicas de la colitis ulcerosa policausal (NASIO)

ETIOPATOGENIA	AUTOR	RELACIONES PATOGÉNICAS
	TEORÍAS GENERALES	
	Psíquicos	
Psicosomatismo	Murray y Alexander (1930), Suvillan y Chandler (1932), Bloomfield (1932), Menninger (1937), Wittkower (1938), Daniels (1939), Castex (1941), Wolf y Wolff (1947,) Barilari (1947), Groen (1947), Morrison (1948) y Basler (1949).	Alteración neurovasomotora local. Lisozimia.
	Heredoconstitucionales	
Predisposición constitucional	Jahn, Crhon y Brown.	Hiperfunción colonorrectal.
	Neurohormonoquímicas	
Distonía neurovegetativa	Rache, Busson, Kraus y V. Bergman. (Hipertonía vagal.)	Alteración vascular, necrosis, ulceraciones. Espasmo neurovascular con isquemia local. Perturbación vasomotora local.
Perturbación hormonal .	Marañón, Wolfeta y Chiray.	Perturbación vasomotora local.
	De desadaptación	
Stress	Selye, Gray y Nasio.	Colagenesis. Hiperfunción local. Aumento de lisozima.
	Alérgicas	
Alérgenos	Andresen y Rowe (1953), Bonorino Udaondo, Kirsner y Palmer.	Hipersensibilidad colónica.
	Carenciales	
Alimentación insuficiente, alteración del metabolismo	McCarrison (1922) y Bargen.	Hiponutrición local.
	Infecciosas	
Bacterias o virus	Bargen (diplococo gram positivo), Felsen, Hurst, Einhorn, Paulson, Rosenow (bacterias), Gallart Monés y Sanjuán (virus), Kirsner y Palmer (1954).	Acción infecciosa local.
	Físicas	
Factores meteorológicos .	Frankenhausen, Cohn y Lowenfeld.	A través del sistema nervioso.
	TEORÍAS LOCALES	
Lisozima	Fleming, Jernoljera y Meyer.	Acción mucolítica y bacteriostática.

Bacterias intestinales . .	Varios.	Exacerbación de la virulencia y agresión local.
Mucinasa	Sammons.	Acción mucolítica.
Enzima citolítica	Stoughton.	Desintegración epitelial.
Tripsina	Brown y Portis.	Acción enzimática de la tripsina.

Principios fisioanatomopatológicos que fundamentan el tratamiento racional de la colitis ulcerosa policausal

Según nuetros trabajos clínicos y experimentales, la etiopatogenia de la colitis ulcerosa y de la úlcera gastroduodenal están íntimamente relacionadas. En este sentido, consideramos a la primera como enfermedad secundaria de adaptación y admitimos polifactores causales descartando una etiología unicista de la enfermedad. En nuestro cuadro número 1 hemos agrupado las más importantes teorías etiopatogénicas de carácter general y local, estas últimas divididas por nosotros en factores agresivos y precipitantes; de su estudio podemos afirmar que existen algunos hechos reconocidos en el desarrollo de la enfermedad, que nos permiten establecer ciertos principios fisiopatológicos generales y locales.

Principios generales

Principio 1.º — El tratamiento de los factores psíquicos es primordial y debe realizarse con la colaboración de especialistas, máxime si existe psiconeurosis o psicosis en potencia. No puede asegurarse la eficacia del régimen alimenticio ni medicamentoso sin un régimen de vida.

Principio 2.º — El tratamiento del colinergismo, en particular de la hiperfunción colónica, no debe descuidar el sistema nervioso central y el neurovegetativo simpático. Se impone un tratamiento integral sinérgico de la distonía neurovegetativa.

Principio 3.º — La infección no es factor causal, pero es concausa decisiva en el desarrollo, progreso, complicación y recidiva de la enfermedad. Siendo los agentes microbianos de diversas especies y en su mayoría fácilmente resistentes a los agentes antibacterianos, se indica una asociación de sulfamidas y antibióticos con recambios periódicos de distintas clases de estos últimos.

Principio 4.º — La hemorragia de la enfermedad, aunque relativamente pequeña durante el día, es prolongada, y, como toda pérdida de sangre, su único tratamiento específico es su reposición; de ahí la importancia extraordinaria de la transfusión sanguínea.

Principio 5.º — El régimen alimenticio no sólo debe ser hipercalórico, hiperproteico e hipoescoriáceo, sino agradable a los sentidos.

Principio 6.º — En la nutrición y rehidratación del enfermo no se debe caer en indiscriminaciones o pluralizaciones de vitaminas y minerales, sino indicar lo necesaro de acuerdo con el balance hidroelectrolítico y con el sector que se encuentra deshidratado.

Principio 7.º — Ciertas vitaminas, en particular la C y D_2, en dosis altas, desarrollan una actividad terapéutica y antiflogística y cicatrizal paraespecífica de mucha importancia.

Principio 8.º — Aunque es una enfermedad general, las lesiones locales deben merecer un tratamiento local, sea por vía oral, transintestinal (gota a gota o ileostomía medicamentosa, 1944), o por microenemas aceitosos en base a medicaciones tópicas antiflogísticas y antibacterianas. Los absurdos y agresivos enemas medicamentosos de hace varios lustros son los responsables del descrédito de una vía de tanta importancia en esta enfermedad.

Principio 9.º — Como enfermedad secundaria de adaptación, no significa que la córticotrofina y los glucocórticosteroides están siempre indicados. Deben administrarse en determinadas formas clínicas y momentos de evolución, incluso por vía local, por medio de vehículos aceitosos y cuya introducción no determina ninguna agresión a la mucosa rectosigmoidea. El empleo de estos compuestos no debe excluir el uso de medicaciones generales o locales que estén formalmente indicadas; no hacerlo así es facilitar la recurrencia y recidiva de la enfermedad.

Principio 10. — Todo tratamiento de una enfermedad crónica exige consideración de las afecciones coexistentes y de las complicaciones, que, aunque de aparente poca gravedad, adquieren significación en la evolución de la misma. Ello se incluye en el tratamiento complementario.

Principio 11. — La indicación quirúrgica depende del pronóstico de la enfermedad y, en particular, de la iniciación del desarrollo de complicaciones que comprometen el funcionamiento del órgano o el estado general del enfermo.

Principio 12. — La degeneración neoplásica de lesiones catalogadas como potencialmente malignas, tanto en la colitis ulcerosa como en otras enfermedades crónicas, debe ser detenidamente analizada antes de indicar la intervención quirúrgica como profilaxis del cáncer.

En base a estos principios, el tratamiento racional de la colitis ulcerosa debe dividirse en tratamiento médico y quirúrgico, comprendiendo el primero: tratamiento general y local.

El tratamiento médico general incluye: 1) régimen de vida; 2) tratamiento de la distonía neurovegetativa; 3) restablecimiento del equilibrio hidroelectrolítico; 4) tratamiento antiflogístico; 5) tratamiento antiinfeccioso; 6) tratamiento dietético; 7) tratamiento complementario.

El tratamiento médico local se divide en: 1) ileostomía medicamentosa o tratamiento «gota a gota», y 2) microenema o clister emoliente.

Tratamiento médico general

1) *Régimen de vida.* — En los fundamentos del tratamiento médico de la úlcera gástrica y duodenal (1946) hemos establecido el término *régimen de vida,* en igual plano que el régimen alimenticio y medicamentoso. Otros autores, años después, nos han honrado respetando este concepto. El régimen de vida en la colitis ulcerosa no sólo es fundamental, sino primario y constituye el conjunto de normas y medidas terapéuticas en que debe encuadrarse la vida emocional del enfermo cuando alarmógenos de distinta naturaleza por vía psíquica contribuyen al desequilibrio de su salud. Creemos que en la mayoría de los casos las perturbaciones psíquicas que se observan son preexistentes a la enfermedad y responsables en parte del desarrollo de la misma. Nuestros estudios, que ratifican los de numerosos autores, desde Murray, Alexander, Sullivan, Daniels, Wolf y Wolff, Wittkower, Barilari, etc., demuestran que estos enfermos presentan características singulares en la esfera emotiva; son sentimental y sexualmente inmaduros, narcisistas (egocéntricos) y dependientes. Una de sus características importantes es la represión de emociones, incluso la hostilidad y el odio, terminando por ser esclavos rebeldes

e inconscientes de seres aparentemente queridos; nosotros los denominamos «esclavos emocionales». Este síndrome de dependencia, en general a los padres o hermanos mayores, especialmente del sexo femenino, se observa con frecuencia en adolescentes o jóvenes. La ansiedad y hostilidad, indecisión y sentido de culpa, son también caracteres psíquicos predominantes, aunque no ofrecen la agresividad del ulceroso. Mientras algunos presentan histeria y obsesión, la mayoría son de carácter depresivo; otros, ciclotímicos. Las relaciones con la familia, en primer lugar, y con el trabajo, en segundo término, deben ser bien contempladas en el régimen de vida; enfermos graves recibieron el beneficio de la mejor terapéutica alejándose de algunos familiares o del lugar de trabajo.

Contrariamente a lo sostenido por DANIELS, no hemos observado en nuestra serie de enfermos que las preocupaciones financieras o pérdidas de dinero tengan destacada influencia sobre la evolución de la enfermedad; por el contrario, los conflictos psíquicos que desencadenan típicas crisis o que anticipan recurrencias o recidivas, son los relacionados con la afectividad, cuestiones de honor y de sentimiento. Otro factor de agresión psíquica consiste en ser muy explícitos con el paciente; hemos comprobado varios casos de enfermos que acusaron una reagravación de su enfermedad luego de haber escuchado durante su examen rectoscópico cómo se describía sin discreción la existencia de lesiones ulcerosas en el rectosigma. La idea de úlceras en una enfermedad crónica fomenta en algunos enfermos una obsesión de carácter cancerofóbico.

Considerando todos estos problemas de orden familiar, de trabajo y psíquico, el tratamiento puede ser en algunos casos superficial a cargo del clínico o digestólogo; pero muchas veces la psiconeurosis grave o la psicosis potencial exige la intervención prolongada del psicoanalista para lograr una psicoterapia profunda. Desgraciadamente, muchas veces se subestima injustamente el tratamiento racional de los trastornos psíquicos de estos enfermos, dando pie a la evolución desfavorable de su afección. El reposo psíquico es más importante que el físico; sin embargo, este último debe merecer un buen tratamiento, evitando el insomnio, que produce el gran drenaje en las reservas del enfermo; de ahí la importancia de una adecuada sedación con antihistamínicos —Avapena (Geigi)— o barbitúricos —Vagosín con Amytal (Lilly)—. Hemos experimentado el uso de ataráxicos, en especial los meprobamatos, y su acción es ineficaz cuando la hipertensión emotiva y la ansiedad están relacionadas con una lesión orgánica, como en la colitis ulcerosa.

2) *Tratamiento de la distonía neurovegetativa.* — En nuestros estudios sobre la correlación entre la úlcera gastroduodenal y la colitis ulcerosa hemos demostrado clínica y experimentalmente que la distonía neurovegetativa constituía un escalón importante e inespecífico en ambas enfermedades, lo que obligaba a considerarlas como localizaciones distintas de una misma enfermedad general. La existencia indiscutible de hipertonía vagal y el descubrimiento de anticolinérgicos en gran escala ha colocado a éstos en cierto plano de jerarquía dentro de las medicaciones de esta enfermedad. Nuestra experiencia nos ha demostrado que es un error tratar la distonía neurovegetativa unilateralmente; existen muchos casos en donde antes que tratar el colinergismo es necesario regular el desequilibrio nervioso e incluso el que corresponde a los sistemas nervioso central y simpático, y, por lo tanto, es útil toda medicación sinérgica que modere la excitabilidad de las tres vías. Los simpáticolíticos y parasimpáticolíticos asociados con el ácido feniletilbarbitúrico —Priscofén (C. I. B. A.) o Bellergal (Sandoz)— y los anticolinérgicos simples —Alin (Lazar), Monodral (Winthrop) y Pro-Banthine (Searle)— han brindado buenos resultados. Desde el punto de vista local, los compuestos belladonados y sus derivados atropínicos, cuya eficacia puede ampliarse si se combinan con fenobarbital, han sido más valiosos que los opiáceos; estos últimos aumentan el tono intestinal y producen acostumbramiento.

3) *Restauración del equilibrio hidroelectrolítico.* — La diarrea frecuente, la pérdida de secreciones y sangre y la infección interrecurrente son serios factores que afectan el equilibrio hidroelectrolítico, con agresión a los órganos nobles y que exigen en forma perentoria su restablecimiento. Las pérdidas de proteína y sangre oscilan entre 100 y 300 gramos diarios, que deben no sólo restituirse, sino reparar el daño provocado. Es importante discriminar cuál es el sector humoral (extra e intracelular) afectado, para indicar una rehidratación racional. En esta enfermedad el desequilibrio comienza con la deshidratación del sector extracelular, incluso una pérdida de cloruro sódico, y con hemoconcentración relativa. En ciertos casos, en particular en las formas sobreagudas y agudas, aparece independientemente o sumada a la deshidratación extracelular, la deshidratación intracelular. La restauración del balance hidroelectrolítico se consigue por medio de transfusiones que pueden ser de sangre total o de plasma sanguíneo y de soluciones hidrosalinominerales. *La transfusión de sangre total* es básica e insustituíble, debiendo efectuarse reiteradamente y en cantidad no menor de 500 gramos. Empleamos como medicación de las reacciones secundarias de la transfusión algunos antihistamínicos —Plimasina (C. I. B. A.)—. En la imposibilidad de obtener sangre total, puede utilizarse plasma sanguíneo. Las transfusiones están indicadas en las formas clínicas agudas, subagudas y las crisis recurrentes de las formas crónicas; cuando hay infección general, su uso es compatible con la químicoantibióticoterapia.

Transfusión de soluciones hidrosalinominerales. Previo estudio de los electrólitos, especialmente de la densidad hemática y protidemia, se impone la transfusión de soluciones hidrosalinominerales, que puede hacerse por vía oral directamente, transintestinal mediante la sonda de la ileostomía medicamentosa o por vía parenteral, siendo la mejor la venoclisis; desaconsejamos la vía subcutánea por ser su difusión incontrolable. En la deshidratación extracelular no están indicadas las soluciones glucosadas, las que son ineficaces cuando la deshidratación es intracelular. Si la diuresis es normal y se comprueba hipocalcemia, deben administrarse 10 gramos diarios de potasio. Recientemente hemos asociado a la rehidratación la noretandrolona —Nilevar (Searle)—, hormona que restablece el balance nitrogenado, tan afectado en esta enfermedad, a razón de 40 a 50 miligramos diarios, hasta obtener una recuperación protídica conveniente.

4) *Tratamiento antiflogístico.* — Es fundamental comprender que el «stress» local y general representado por la congestión, abscesos, úlceras miliares, pérdida de sustancia, edema y demás fenómenos inflamatorios, están relacionados con la infección secundaria, que es la que mantiene el proceso en actividad y condiciona las recurrencias y recidivas; por lo tanto se impone un tratamiento antiflogístico que implica un sinnúmero de medicaciones, en su mayoría inespecíficas. Las medicaciones antiflogísticas más importantes son: córticotrofina y glucocorticoides, antialérgicos y otras medicaciones.

Córticotrofina y glucocorticoides. — En nuestras investigaciones hemos demostrado que estos compuestos son útiles en la fase de choque del «stress» de la colitis ulcerosa, debido a su acción antiinflamatoria general y local (disminución de la permeabilidad capilar, diapédesis y acción paraespecífica de carácter alérgico). No debemos sobreestimar su eficacia ni tampoco exagerar el peligro de su interferencia en la cicatrización de las lesiones y de otras reacciones colaterales causadas por su conocida acción hormonal.

La administración de estos compuestos debe hacerse en tres etapas: inicial, de sostenimiento y de supresión; esta última, que debe realizarse con precaución para evitar recidivas, será combinada con otras medicaciones antiflogísticas, cuya dosis se aumentará a medida que se vayan suprimiendo los esteroides. Nuestra experiencia aconseja en el *período inicial* la administración endovenosa, gota a gota, de 20 U. I. de córticotrofina (ACTH) con suero glucosado al 50 por ciento, en dosis de 300 a 400 centímetros cúbicos cada seis horas. En la *etapa de sostenimiento* deben combinarse 40 U. I., cada doce horas, del gel de córticotrofina, de absorción y eliminación lenta, por vía intramuscular, con cortisona e hidrocortisona en dosis máximas, disminuyendo hasta llegar con dosis mínimas al período de supresión, en el que se emplearán sólo los glucocorticoides, en particular la cortisona.

Desde hace un año empleamos en los períodos de sostenimiento y supresión los compuestos derivados de la hidrocortisona y cortisona, obtenidos por dehidrogenación [prednisona —Deltisona (Lepetit)— y prednisolona —Hidrodeltisona (Lepetit)] y cuya actividad se demostró cuatro a cinco veces superior a los primeros, respectivamente. Los mejores resultados se obtuvieron con la prednisona Hidrodeltisona (Lepetit). Las dosis de estos derivados son, en el adulto, de 20 a 30 miligramos diarios en la primera etapa, y de 5 a 10 miligramos diarios, en la etapa de supresión, observándose sólo mínimos efectos secundarios, especialmente de carácter electrolítico. Insistimos en que siempre debe emplearse córticotrofina en la etapa inicial.

Los corticoides con antihistamínicos constituyeron una asociación ideal antiflogística que nos ha dado notorio resultado; esta actividad se refuerza con la inclusión de ácido ascórbico. Un compuesto que reúne estas condiciones es la prednisona (5 mgr.), el maleato de cloroprofenpiridamina (10 mgr.) y el ácido ascórbico (150 mg.) —Meticlorón (Schering)—, que administramos cada seis horas, preferentemente después de la ingestión de alimentos durante los primeros cinco días, reduciendo la dosis a la mitad cuando la sintomatología se remite. La supresión se inicia a razón de dos a una tabletas diarias; simultáneamente pueden emplearse los glucocorticoides por vía local, de acuerdo con nuestra técnica.

Estimamos que los corticoides y antihistamínicos asociados constituyen una nueva combinación terapéutica de extraordinaria importancia en la colitis ulcerosa, no sólo porque los efectos colaterales están eliminados, sino porque se realiza una interesante sinergia antiflogística. Los resultados terapéuticos con estas hormonas dependen de la administración paralela de las medicaciones, clásicamente indicadas en el período flogístico y de su supresión lenta a medida que se intensifica el empleo de otros medicamentos antibacterianos; de lo contrario se favorecen las recidivas de la enfermedad en corto plazo.

Antialérgicos. — Las investigaciones realizadas en los últimos años con una serie de compuestos antialérgicos de actividad antihistamíniica han demostrado su acción favorable sobre la colitis ulcerosa, actuando sobre el proceso local, disminuyendo la flogosis y contrarrestando la infección. En este sentido han sido útiles el dimetilaminoetil cloroaminopiridina —Avapena (Geigy)— y el benzhidril-dimetilaminoetílico —Benadryl (Parke Davis)—, este último con actividad antiespasmódica. La mejor vía es la parenteral, en especial endovenosa, en dosis de 50 miligramos por día. Estamos ensayando, con resultados inmediatos muy alentadores, una nueva droga antihistamínica: el maleato de cloroprofempiridamina —Cloro-Trimetón (Schering)—, de efecto grande y rápido, sin deutergias, incluso la clásica acción hipnótica de los antialérgicos, que puede reforzar la acción de algunos córticosteroides como la prednisona; se indica a razón de 4 miligramos, seis veces por día.

Existen otros nuevos compuestos que no son específicamente antialérgicos, pero cuya actividad terapéutica demuestra un mecanismo directo o indirecto de ese carácter. Se destacan los tuberculostáticos, azulenos y cloropromazina.

Tuberculostáticos.—La isoniazida y el ácido paraminosalicílico actúan en parte como antialérgicos; de ahí su empleo como tratamiento complementario en esta enfermedad. SUSNOW (1954) logró excelentes resultados con la isoniazida, ratificados en nuestro país por GUARIGLIO y ADELARDI. Desde hace unos años, nosotros empleamos la hidrácida del ácido isonicotínico —Nicotisina (Lepetit) y Nydrazid (Squibb)— en dosis de 5 miligramos por kilo de peso, durante un período de tres meses, con descansos intermedios de cuatro o cinco días, para evitar deutergias, en particular la ictericia, que la hemos comprobado en el 5 por ciento de los casos. Obtenidas las mejorías clínica y endoscópica, la dosis debe rebajarse a la mitad y mantenerse durante dos a tres meses más. La reanudación de esta terapéutica depende de la recurrencia o recidiva de la enfermedad. Reforzamos el uso oral de la isoniazida con el local a través de microenemas emolientes combinados con prednisona o prednisolona (ver tratamiento local).

Azulenos.—Otras nuevas drogas antialérgicas relacionadas con la permeabilidad capilar que sujetan las defensas locales y reactivan el sistema retículoendotelial son los azulenos sintéticos, de acción análoga al principio antiflogístico que contiene la esencia de manzanilla. El guay-azuleno o cham-azuleno —A Z 8 Azuleno Beris (Millet)— nos ha brindado beneficios evidentes en el adulto, utilizando durante quince a treinta días la vía intramuscular para continuar luego con la vía oral, con dosis de 0'10 a 0'15 gramos por kilo de peso y por día.

Cloropromazina —Ampliactil (Rhodia). — Derivada de la fenothiazina, con acción antihistamínica, simpáticolítica y parasimpáticolítica. Si bien su uso prolongado presenta estrecho margen terapéutico, en particular por el peligro de la hepatitis, en nuestros enfermos, con dosis de 50-75 miligramos diarios por vía parenteral u oral, brindó excelentes resultados, especialmente sobre el dolor colónico y la diarrea. En la serie terapéutica aconsejamos no sobrepasar la dosis de 500 miligramos sin mediar un descanso de varios días, evitando así las reutergias.

5) *Tratamiento antiinfeccioso.* — El polimorfismo microbiano, la facilidad con que resisten a los distintos agentes antibacterianos, la existencia de reacciones secundarias locales y generales resultantes de la esterilización de la flora intestinal, obligan al uso alternado y variado de sulfamidas y antibióticos en el tratamiento antiinfeccioso de esta enfermedad.

Sulfamidas. — A pesar del gran perfeccionamiento de la antibióticoterapia, no deben omitirse las sulfamidas. Estas drogas que nosotros empleamos en la colitis ulcerosa desde 1944, inhiben el desarrollo de los agentes gramnegativos; el tratamiento de los agentes grampositivos, cuyo desarrollo se exalta generalmente con el uso de estos quimioterápicos, está a cargo de los antibióticos. Ya hemos demostrado la acción relativa del succinilsulfatiazol y de la azopiridina (sulfapiridina y ácido salicílico). Ultimamente comenzó a usarse, con resultados alentadores, el sulfisoxazol —Gastrisín (Roche)—, que tiene acción semejante a la obtenida con la sulfadiazina, pero con mayor selectividad para los agentes bacterianos intestinales. Una ventaja importante del sulfisoxazol es la ausencia de efectos secundarios, lo que permite una administración intensa y prolongada. Esta sulfamida se debe administrar en el período inicial por vía endovenosa, a razón de un gramo cada cuatro horas. Remitidos los síntomas agudos o subagudos, la administración puede prolongarse por vía oral en un total de 4 a 6 gramos diarios. Cuando la evolución clínica y en particular la endoscópica demuestre la regresión de las lesiones locales,

se suprimirá la medicación. Es muy conveniente la alternación de esta droga con los antibióticos, y en muchos casos hasta puede asociarse a los mismos.

Antibióticos.—Ya hemos demostrado (1950-1952) la importancia de la aureomicina y penicilina en la colitis ulcerosa, que no deben asociarse, sino utilizarse en forma alternada. En los últimos años ensayamos la tetraciclina, bacitracina y neomicina, esta última en forma de sulfato por vía oral, mezclada con caolín y pectina —Kaopectate con neomicina (Upjohn)—, en dosis de 30 a 60 gramos diarios. En los períodos agudos o subagudos empleamos el succinato de cloramfenicol —Succinato de Quemicetina (Carlo Erba)— por vía endovenosa, a razón de medio gramo diario cada ocho horas, y después de cuarenta y ocho horas reducimos la dosis a medio gramo cada doce horas; desaparecida la fiebre, debe continuarse con medio gramo diario cada veinticuatro horas. Puede emplearse por venoclisis lenta y combinado con otros medicamentos, a razón de uno a dos gramos diarios. Las ventajas del succinato de cloramfenicol son su actividad amplia para agentes tanto grampositivos como granmnegativos, y su hidrosolubilidad, que hace posible la administración endovenosa, lograda con el plopilenglicol.

No aconsejamos la estreptomicina por sus reacciones colaterales y escasa actividad en esta enfermedad. Sin embargo, puede resultar eficaz mezclarla con sustancias emolientes y astringentes del intestino, en particular el hidróxido de aluminio coloidal, pectina y caolín —Estreptomagma (John Wyeth)— o con carbón de café y ftalilsulfatiazol y menadiona —Estreptocarbocaftiazol (Mar)—. Estos compuestos contribuyen a contrarrestar síntomas intestinales como dolor, meteorismo y diarrea.

El síndrome carencial que suelen determinar las sulfamidas y antibióticos al actuar sobre la flora intestinal puede evitarse con el uso de bacteriófagos y anticolibacilares polivalentes —Anticolimar (Mar) o Acidofilófago (Ocefa)— o con vitaminas y sulfamidas de acción local —Acolinol (Kasdorf)—.

6) *Tratamiento dietético.* — El régimen alimenticio en esta enfermedad debe ser hipercalórico (3.000 a 3.500 calorías), hiperproteico (150 a 200 gramos diarios de proteínas), hipergraso, hidrocarbonado e hipoescoriáceo, con una suficiente cantidad de minerales y vitaminas; estos últimos se encuentran en ciertos preparados comerciales —Electrosalil—. Los mucilagos protídicos —Protomucilia—, de arroz desecado —Harrozak—, de karaya y de agar —Prepagel—, caseinato dietético —Secalbum— y azúcares dietéticos —Nutrose y Betosán (Kasdorf)— son elementos nutritivos indispensables para fortalecer y enriquecer la dieta. No debe instituirse ningún régimen alimenticio sin despistar una disfunción gastrohepatobiliar o pancreática, así como la posible existencia de una alergia alimenticia. Estimamos de gran importancia, en el régimen alimenticio de la colitis ulcerosa, asegurar una adecuada ingesta, presentando los alimentos en forma agradable a los sentidos, con el propósito de contrarrestar la inapetencia propia de estos enfermos.

7) *Tratamiento complementario.* — El tratamiento complementario es el conjunto de medidas terapéuticas que contribuyen de una u otra manera a desarrollar una actividad general antiflogística y, en particular, de carácter trófico, sobre las pérdidas de sustancia que determina la enfermedad en el colon y recto. Está incluído en el mismo el tratamiento de las afecciones coexistentes y de las complicaciones de la enfermedad.

Dividimos este tratamiento en medicaciones variadas de actividad general y tratamiento de las afecciones coexistentes y complicaciones.

Medicaciones variadas de actividad general. — La colitis ulcerosa, como muchas otras enfermedades de etiopatogenia desconocida, es víctima de medicaciones dispares y contradictorias entre sí, que gozan de un precario triunfo terapéutico debido al sensacionalismo comercial y a la ausencia de un adecuado control médico

de los resultados terapéuticos mediatos. Como su número es tan grande, consideraremos las que puedan tener cierta eficacia, aunque sea relativa en la colitis ulcerosa: vitaminas, hormonas, sales de oro, cloroquina, suero citotóxico y antilisozímicos.

Vitaminas. — La vitaminoterapia en la colitis ulcerosa no debe ser de carácter supletorio de la dieta o de reposición de un dismetabolismo vitamínico, sino que debe aprovecharse la actividad terapéutica paravitamínica. El uso combinado de tiamina, piridoxina, riboflaxina, cianocobalamina y ácido ascórbico en altas dosis, por vía parenteral, brinda excelentes resultados. El calciferol o vitamina D_2, en altas dosis, coadyuva a la cicatrización de las lesiones intestinales. Las eutoninas por vía oral son ineficaces en enfermedades que provocan alteraciones del metabolismo general, como la colitis ulcerosa. Nuestra fórmula magistral, práctica y eficaz, es la siguiente:

Tiamina (B_1)	100 mgr.
Cianocobalamina (B_{12})	500 mcgr.
Beflavina (B_2)	aa
Nicotinamida (PP)	50 mgr.
Piridoxina (B_6)	30 mgr.
Agua destilada c. s. p.	5 cm^3

Se esteriliza en autoclave, en ampollas netamente cristalizadas, aplicando una por vía intramuscular profunda, muy lentamente, día por medio.

Esta sinergia vitamínica, cuya prolongada aplicación aconsejamos, es de actividad antiinflamatoria, trófica y antineurítica; además de la acción paraespecífica señalada, previene los síndromes carenciales determinados por los esteroides, sulfamidas y antibióticos, sin deparar ninguna reacción perjudicial de orden local y general.

Hormonas. — De las numerosas clases de hormonas naturales y sintéticas ensayadas en la colitis ulcerosa, las que pueden tener una acción especialmente sobre la cicatrización de las lesiones, de acuerdo con nuestra experiencia, son los estrógenos, la somatotrofina, los extractos gastrointestinales, las enterogastrona y la desoxicórticosterona; el tiuracilo y sus derivados, los extractos placentarios y otros extractos hormonales, en la práctica no han ofrecido resultados muy satisfactorios.

Los estrógenos, en particular naturales, en dosis altas de 1 a 5 miligramos tres veces por semana; la somatotrofina —Hormona Somatotropa Choay (Rhodia)— en dosis de 300 U. rata semanales; el acetato de desoxicórticosterona —D. O. C. A. (Organon)— a razón de 30 miligramos semanales; los extractos gastrointestinales, en especial desalbuminados, de estómago e intestino delgado de cerdo —Robuden (Robapharm)—, y la enterogastrona, han demostrado en nuestros estudios clínicos y experimentales su acción cicatrizal sobre las úlceras intestinales, igual que en las úlceras gastroduodenales.

Sales de oro. — ROTTGER y colaboradores han preconizado por primera vez el uso de las sales de oro en la colitis ulcerosa (1951), utilizando dosis de un centigramo dos veces por semana, durante mucho tiempo, totalizando término medio por enfermo más de un gramo. De los diez casos presentados por estos autores, sólo en uno fracasó el tratamiento, y en el resto los resultados fueron muy notorios. En algunos casos, nosotros hemos ensayado esta medicación, obteniendo beneficios similares, por lo cual creemos útil su aplicación. En caso de intolerancia, el tratamiento debe suspenderse y reanudarse dentro de las dos semanas siguientes.

Cloroquina. — Considerando que el difosfato de cloroquina —Aralen (Winthro)—, conocido antimalárico, exhibió una actividad terapéutica general y local

antiflogística y analgésica en ciertas enfermedades del colágeno, en particular artritis reumatoide, y teniendo en cuenta que la colitis ulcerosa puede considerarse como una colágenopatía, hemos ensayado este compuesto a razón de 250 miligramos dos veces diarias durante los primeros dos meses y disminuyendo la dosis a la mitad una vez establecidas las mejorías clínica, radiológica y endoscópica. Los resultados clínicos no se apreciaron rápidamente, sino al final de la segunda semana, en que amenguaron la diarrea y la melena, recuperando el enfermo su peso y normalizándose su estado anímico.

Suero citotóxico antirreticular. — En base a nuestra experiencia clínica y experimental en la cicatrización de la úlcera gastroduodenal con este suero, y a los trabajos de NECKEL y colaboradores, que ofrecieron una base científica al empleo del mismo, hemos ensayado su uso en los períodos subagudos y crónicos, con resultados que estimamos de mucho interés en lo que respecta a la cicatrización de las lesiones, comprobadas mediante rectoscopia, aunque su eficacia sea relativa. Administramos el suero por vía intradérmica o intramuscular en una serie de quince ampollas, aplicando una ampolla dos o tres veces por semana, conteniendo 0'05 gramos de suero Bogomoletz liofilizado —Suero antitóxico reticular S. A. R. (Inca)— en polvo, disuelto en agua destilada.

Antilisozímicos. — Desde los trabajos de MEYER se comprobó el aumento marcado de lisozima intestinal en la colitis ulcerosa grave, relacionándolo con una desprotección de la mucosa, debido a su propia acción mucolítica. Desde entonces se han ensayado sustancias antilisozímicas, tanto por vía oral como por enemas de retención. Estas sustancias son el paranitrosulfatiazol (Major) y el sulfato sódico de hexadecil; este último se administra a razón de 500 miligramos cada cuatro horas (Pruden). Aunque no tenemos ninguna experiencia, los resultados obtenidos fueron tan variables, que hasta ahora creemos que los antilosizímicos no demuestran gran utilidad en la terapéutica de la colitis ulcerosa.

TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES COEXISTENTES Y DE LAS COMPLICACIONES

Los procesos coexistentes y las complicaciones deben ser debida y oportunamente tratados. La concomitancia de disfagia, gastritis, hepatobiliopatías, pancreatitis o diabetes, a pesar de observar una evolución apagada, comprometen la resistencia del organismo a la colitis ulcerosa. Con respecto a las complicaciones, no solamente deben tratarse las de pronóstico grave (piodermitis gangrenosa, artritis, septicemia), sino aquellas de pronóstico benigno, pero que ejercen una gran influencia en la respuesta al tratamiento (papilitis, fisuras, fístulas, hemorroides, prolapso rectal, abscesos rectales, estenosis, etc.).

Tratamiento médico local. — La combinación del tratamiento local y general en la colitis ulcerosa es de una importancia primordial. Desgraciadamente, el tratamiento local en esta enfermedad ha sido desprestigiado por los clásicos enemas y tópicos locales con sustancias medicamentosas, cuando no innocuas y agresivas, que hacían honor al refrán «Es peor el remedio que la enfermedad». La terapia local puede hacerse por ileoctomía medicamentosa (tratamiento «gota a gota») y microenemas emolientes.

Ileostomía medicamentosa (tratamiento «gota a gota»). — En 1944 instituímos por primera vez el tratamiento «gota a gota» con sustancias medicamentosas introducidas por sonda látex transnasal, que podía llegar al estómago e intestino. Nuestra técnica consiste en: 1) Conexión del aparato de goteo con una sonda látex e introducirla por la vía nasal hasta el cardias, yeyuno e íleon, según los casos. 2) Preparación de la mezcla para el goteo: 500 gramos de solución en proporción de 1:3 de hidróxido de aluminio coloidal —Pepsamar Winthrop)— y agua, agregando 100 gramos de subgalato de bismuto puro, 50 gramos de elixir paregórico, 2 gramos de sulfisoxazol y 20 miligramos de prednisona o prednisolona. Puede añadirse cualquier otra clase de medicación adecuadamente dosificada que se estime necesaria, evitando así la vía oral. 3) La velocidad del goteo dependerá de la tolerancia gastrointestinal del pociente; término medio es de 10 a 20 gotas por minuto. 4) El aparato permanecerá desconectado media hora antes y después del desayuno y té y una hora antes y dos horas después del almuerzo y cena, pudiendo deambular el enfermo durante dichos intervalos, si ello es permisible.

Nuestro tratamiento «gota a gota» de la colitis ulcerosa lo instituímos en períodos de quince días, con un descanso no menor de un mes, reanudándolo según la evolución de la enfermedad en cada caso; término medio se consumen 700 gramos de la preparación durante veinticuatro horas, aunque puede utilizarse más sin prejuicio de ninguna clase, ya que la absorción de los mismos es nula.

Ventajas de la ileostomía medicamentosa: 1) Disminución del número de deposiciones dentro de las cuarenta y ocho horas. 2) Disminución de los dolores colónicos. 3) Disminución del pus y la sangre y aumento de la consistencia de las materias fecales. 4) Se evita el reflejo gastrocolónico que aumenta la diarrea y que es provocado por las reiteradas y variadas medicaciones. 5) Aumento del apetito, del peso y mejoramiento del estado de ánimo del enfermo.

Esta mejoría clínica es acompañada por la radiológica y rectosigmoidoscópica. Tanto la comprobación radiológica como rectoscópica presentan variaciones de acuerdo con la evolución del enfermo, tipo de colitis ulcerosa y tiempo durante el cual fué instituído el tratamiento «gota a gota».

Los resultados beneficiosos de nuestro tratamiento han sido ratificados por varios autores, en particular uruguayos, norteamericanos, españoles, alemanes y polacos. Diez años más tarde (1954), MACHELLA, aunque emplea solamente mezclas de proteínas hidrolizadas, utilizó esta técnica bajo la denominación de ileostomía médica o quirúrgica. Insistimos en que la ileostomía medicamentosa no debe omitirse en la terapéutica de esta enfermedad.

Microenema emoliente. — El tratamiento local con enemas y aplicaciones tópicas, los primeros por la cantidad de agua, y los segundos por la necesidad del uso del rectoscopio, provocan, al margen de la eficacia de los medicamentos utilizados, una agresión a la mucosa rectosigmoidea desprotegida; de ahí que resolvimos emplear microenemas emolientes con distintas medicaciones, que reputábamos de utilidad.

Hemos instituído como medicamento de acción local la siguiente mezcla:

Aceite de almendras	200 gr.
Mentol	1 gr.
Prednisolona o hidrocortisona en solución	25 mgr.
Hidrácida del ácido isonicotínico en solución	100 mgr.

La solución se entibia en baño de María, realizándose un microenema a retener, dos a tres veces diarias, por medio de una pera de goma. Este clíster con vehículo emoliente (aceite de almendras entibiado), un analgésico local (mentol) y dos drogas combinadas de evidente acción antiflogística (prednisolona e isoniacida) brinda resultados muy halagüeños dentro de las cuarenta y ocho a setenta y dos horas, siendo interesante comprobar la gran tolerancia de los enfermos a estos microenemas. Preconizamos por primera vez el empleo local de la isoniacida en la colitis ulcerosa por haber comprobado clínica y experimentalmente que ejerce una acción local antiinflamatoria evidente.

Tratamiento quirúrgico

El gran perfeccionamiento de la cirugía en general, y de la colónica en particular; la precisión diagnóstica y el uso de antibacterianos de acción local, han elevado en los últimos tres lustros la jerarquía terapéutica de la cirugía radical en la colitis ulcerosa. En el Hospital General de U. S. A., sobre mil doscientos sesenta y cinco sasos de colitis ulcerosa, más del 40 por ciento sufrió intervención quirúrgica.

Las indicaciones quirúrgicas en esta enfermedad pueden realizarse en los casos sin complicaciones o con complicaciones (cuadro 2). Los estado preperforativos, la hemorragia masiva y la degeneración maligna en potencia, que últimamente ha sido muy sobreestimada, exigen el tratamiento quirúrgico; pero existen numerosos casos sin complicaciones aparentes, en que el tratamiento radical no debe demorarse si se quiere actuar con eficacia cuando la rebeldía a la terapéutica es notoria y persistente en este sentido; no podemos caer en la ortodoxia, más empírica que científica, de Ripstein y colaboradores, que sostienen que la cirugía se impone en toda colitis ulcerosa que después de tres semanas no responda al tratamiento médico. Sostenemos que en Medicina la limitación del tiempo en el pronóstico y en la indicación quirúrgica no puede sistematizarse, ya que no existen enfermedades, sino enfermos. Los distintos tipos de intervenciones que se pueden realizar son: ileostomía simple, neurotomía pélvica, lobotomía prefrontal, vaguectomía, transversocolostomía y colectomía, que puede ser: *a*) parcial o subtotal, con ileosigmoidostomía; *b*) colectomía total con ileostomía y conservación del recto; *c*) panproctocolectomía en un solo tiempo, con ileostomía o ileoanastomía. La experiencia de los centros especialistas señala como operación de elección la colectomía parcial con ileostomía simultánea, constituyendo el ideal la panprococolectomía. Sobre doscientas cincuenta intervenciones realizadas por eminentes cirujanos norteamericanos e ingleses (cuadro 3), la mortalidad fué sólo del 3 por ciento; en cambio, por ileostomía simple fué por término medio del 20 por ciento; de ahí que este último tipo de intervención sea útil únicamente como tiempo previo a una intervención más radical. Sin desconocer la importancia de la colectomía en la colitis ulcerosa, la evaluación de los resultados debe ser no sólo inmediata, sino mediata, a los fines de establecer la real eficacia del procedimiento.

CUADRO N.º 2

Indicación quirúrgica en la colitis ulcerosa

Sin complicaciones:

Con reacciones agudas iterativas o recidivas con cortos períodos de salud.
Estados agudos o graves resistentes a un tratamiento intenso y racional.
Complicaciones serias extradigestivas.
Estados crónicos rebeldes al tratamiento racional después de un período no menor de seis meses.
Estados crónicos rebeldes en enfermos con precaria defensa general.

Con complicaciones:

Hemorragia seria o persistente.
Distensión colónica (preperforación) o perforación.
Oclusión intestinal.
Hiperplasia polipoide (predegeneración maligna).
Estrechez fibrosa.
Abscesos y fístulas múltiples.
Septicemia.
Metástasis infecciosa: endoarteritis, piodermitis gangrenosa, artritis, iritis.
Seudopoliposis.

CUADRO N.º 3

Colectomía subtotal con ileostomía simultánea. Colección sobre doscientas cincuenta intervenciones quirúrgicas. (Nasio.)

Autores	I	M	%
Derive (1948)	11	2	19
Muller, Ripstein y Gardner (1949)	72	3	4'1
Gabriel (1952)	32 *	3	6'2
Crile (1953)	35	—	0
Nickel (1955)	24	1	4'1
Boem y Trumpi (1953)	76	—	0
Total	250	8	3

Referencias.—I: Intervenciones quirúrgicas. M: Muertes postoperatorias. *: Intervención quirúrgica en dos tiempos.

RESUMEN

A pesar del desconocimiento de la etiopatogenia de la colitis ulcerosa policausal, el autor, en basa a la existencia de un conjunto de factores fisioanatomopatológicos, establece doce principios que fundamentan el tratamiento racional de esta enfermedad: 1.º) La importancia fundamental del tratamiento de los factores psíquicos. 2.º) Tratamiento de la distonía neurovegetativa. 3.º) Tratamiento de la infección con combinación de sulfamidas y antibióticos y alteración de estos últimos. 4.º) La transfusión sanguínea es la única medida terapéutica que puede reponer las pérdidas de sangre, aunque sean pequeñas. 5.º) El régimen alimenticio debe ser compatible con la apetencia del enfermo. 6.º) La rehidratación debe estar en relación con el sector intra o extracelular afectado. 7.º) La vitaminoterapia no debe ser únicamente supletoria de la dieta, sino antiflogística y cicatrizal, lo que se obtiene con vitaminas C y D_2 en altas dosis. 8.º) El tratamiento por vía transintestinal ("gota a gota") o ileostomía medicamentosa, preconizada por primera vez por el autor en 1944, es excelente método para controlar las lesiones ulcerosas. Igualmente los microenemas aceitosos con combinación de prednisolona o prednisona e isoniacida, ofrecen buenos resultados. 9.º) La córticotrofina y glucocorticoides deben indicarse en forma oportuna y no exagerar el temor a las reacciones secundarias. 10) El tratamiento de las afecciones y complicaciones existentes es muy importante para la evolución favorable. 11) La indicación quirúrgica depende del pronóstico de la enfermedad, más que de la complicación. 12) El temor a la degeneración neoplásica no debe sobreestimarse para indicar la intervención quirúrgica.

En base a estos principios, el autor divide el tratamiento médico en general y local. Dentro de las medicaciones generales, los esteroides, los antialérgicos en particular del tipo tuberculostático y azulenos, las sulfamidas (ulfisoxazol), los antibióticos (aureomicina, succinato de cloramfenicol), las sales de oro, cloroquina, estrógenos, somatotrofina, enterogastrona y vitaminas D_2, C y B_{12}, son agentes terapéuticos de utilidad, y su eficacia depende de cada enfermo, de la combinación terapéutica y de la oportunidad e intensidad del tratamiento.

El tratamiento quirúrgico es una exigencia, no sólo de las complicaciones, sino de estados especiales de la enfermedad que condicionan un mal pronóstico. La intervención de elección es la colectomía parcial con ileostomía simultánea ,que ofrece un mínimo porcentaje de mortalidad.

SUMMARY

In spite of the unknown pathogey of the ulcerative colitis, the author points out 12 principles upon which rational treatment of this disease shoud be based: 1) Paramount importance of psychical treatment. 2) Treatment of neurovegetative dystonia. 3) Treatment of infection with sulphonamides and antibiotics, with alternative administration of several kinds of the latters. 4) Transfusions of total blood is the only therapeutic measure to restore the loss of blood. 5) Diet shoud be aggreable to taste. 6) Re-hidratation must be co-related to the affected extra or intra-cellular sector. 7) Vitamin therapy should not be a supplement to the diet but of anti-inflammatory and healing character. Vitamins C and D_2 in large dosis are indicated with this purpose. 8) Medical ileostomy or "drip by drop treatment" of the author (1944) is excellent to control ulcerative lesions. Oleous clysters with prednisolone or prednisone and isoniazid have proven valuable. 9) ACTH and cortisone should be indicated wothout fearing side affects.

10) Treatment of concomitant diseases and complications is very important to a favorable evolution. 11) Surgical treatment depends on prognosis. 12) Surgical treatment should not be an effect of fear to maling degeneration.

Based upon these principles, the author classifies medical treatment of ulcerativa colitis in general and local measures; among the general measures ,esteroids, anti-allergic (tuberculostatics, azulens), sulphonamids (sulphisoxazol), antibiotics (chlortetracycline and chloamphenicol succinate), sales of gold, chlorochyne, estrogens, somatotrophine, enterogastrone and vitamins D_2, C and B_{12} are valuable; their efficacy depends on each patient, therapeutical combination and intensity and oportunity of the management.

Surgical treatment is required not only in the presence of complications but also in special stages with bad prognosis. Technic of choise is a partial colectomy and simultaneous ileostomy with a minimal mortality rate.

BIBLIOGRAFÍA

ALEXANDER, F.—«Factores emocionales en las perturbaciones gastrointestinales»: in NASIO, J.: «Gastroenterología», 1, Barcelona, Salvat, 1959 (en prensa).

BACON, H. E., and TRIMPI, H. D.—«Surgical treatment of ulcerative colitis», *J. A. M. A*, 153, 1.249. 1953.

BARILARI, M. J.—«Medicina psicosomática y aparato digestivo»: in NASIO, J.: «Gastroenterología», 1, Barcelona, Salvat, 1959 (en prensa).

BROWN, A.—«Surgical aspects of ulcerative colitis», *Am. J. Proct.*, 6, 371. 1955.

CINELLI, A. P.—«Colectomía primaria e ileostomía en el tratamiento de la colitis ulcerosa grave», *Prensa Méd. Argent.*, 42, 3.227. 1955.

CRILE, G. (Jr.).—«Medical treatment of severe ulcerative colitis», *Gastroenterology*, 23, 197. 1953.

DEARING, W. H., and BROWN, P. W.—«Cortisone and ACTH in chronic ulcerative colitis», *Proc. Staff Meet., Mayo Clinic*, 25, 486. 1950.

DI GUGLIELMO, R., y CANGI, G.—«Primeras experiencias clínicas sobre el uso endovenoso del succinato de cloramfenicol», *Minerva Méd.*, 2, 1.120. 1954.

GALLART MONÉS, *F.*—«Concepto actual clínico, radiológico y anatomopatológico de la colitis ulcerosa grave», *Rev. Españ. Enf. Ap. Dig.*, 12, 3. 1953.

GUARIGLIA, O. O., y ADELARDI, S. A.—«Isoniacida en el tratamiento de la colitis ulcerosa», *Prensa Méd. Argent.*, 44, 1.391. 1957.

MACHELLA, T. E.—«Medical treatment of ulcerative colitis», *Ann. New York Acad. Scien.*, 58, 499. Año 1954.

MILLER, G. G.; RIPSTEIN, C. B., and TABAH, E. J.—«The surgical management of ulcerative colitis», *Surg. Gyn. Obst.*, 88, 351. 1949.

NASIO, J.—«Tratamiento «gota a gota» de la colitis ulcerosa», *Rev. Gast. Méx.*, 10, 135, 1945; *Rev. Clín. Españ.*, 18, 399, 1945; *Prensa Méd. Argent.*, 33, 15, 1946; *Sbornik Pro Pathofysioloii Tráverni a Vyzivy* (Praga), 7, 278, 1953.

— «Contribución al tratamiento médico de la colitis ulcerosa grave», *Día Médico*, 19, 37. 1947.

— «Traitement médical de la colite ulcéreuse grave», *Acta Gastroent.*, Bélgica, 13, 1.059. 1950.

— «Medical treatment for chronic ulcerative colitis», *Am. J. Proc.*, 3. 1952.

— «Colitis ulcerativa grave o colitis ulcerativa policausal», *Rev. Clín. Españ.*, 58, 281. 1955.

— «Severe ulcerative colitis. Medical treatment with ACTH and cortisone», *Am. J. Proctol.*, 8, 114. 1957.

NECHELES, H.; JEFFERSON, N. C.; PHILLIPS, C. W.; GOLDBERG, S.; BRALOW, S. P., and SCHEINBERG, S.—«Experimental study of wound healing», *J. of Labor. and Clin. Med.* (St. Louis), 39, 767. 1952.

ROTTGER, E.; BEGUIRISTAIN, M.; CANDIOTI, A. N. (h.), y PETRONE, C.—«Colitis ulcerosa grave. Su tratamiento con sales de oro», *Sem. Méd.*, 20, 814. 1951.

SULLIVAN, A. J.—«Psychogenic factors in ulcerative colitis», *Am. J. Dig. Dis.*, 2, 651. 1936.

SVEC, F. A.; RHOADS, P. S., and ROHR, J. H.—«A new sulfonamide (Gantrisin), studies of solubility, absorption and excretion», *Arch. Int. Med.*, 85, 83. 1950.

TRIMTI, D., and BACON, H.—«The evolution of surgical supervision in the management of advanced idiopathic ulcerative colitis», *Rev. Gastroenterology*, 18, 313. 1951.

WEST, R.—«Phychotherapy of ulcerative colitis», *Lancet*, 2, 899. 1946.

WOLF, S.—«Relación entre el stress de vida y la función gastrointestinal, normal y anormal»: in NASIO, J.: «Gastroenterología», 1, Barcelona, Salvat, 1959 (en prensa).

Dirección: Arenales, n.º 1.335. Buenos Aires.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 397. - TOMO LXVII
ABRIL 1959

EXPERIENCIAS SOBRE UN NUEVO COLERÉTICO DE SÍNTESIS

POR EL

DR. JOSÉ M.ª GONZÁLEZ-GALVÁN

SEVILLA

En las dos últimas décadas ha experimentado la terapéutica hepática un amplio y eficaz avance, renovando los clásicos recursos con nuevas sustancias colagogo-coleréticas de meritísimo valor: CHABROL, a partir de los fenoles; GUNTER, de las resorcinas y fenilglucosa; KALOWE, de los alcoholes alifáticos; BORNMANN, de la anetoltiona; HOLPEN y GAUDEN, de la vainillina, y BOLUEFF, del ácido salicílico, el cual ha conseguido la parahidroxiphenilsalicilamida o L 1718 en clave y comercialmente conocida en España con el nombre de *Enidrán*, y de *Driol* en Francia; permite a VANDERSMISSEN su ensayo clínico, y más tarde lo divulga la escuela belga de CHARLIER, probando que es un eminente colerético, atóxico y bien tolerado, encajando en los postulados que deben exigirse a un excitante real de la célula hepática, que lo haga capaz de aplicaciones a la clínica humana, que son: *a*) poder intensificar el flujo biliar; *b*) que sea duradero el efecto conseguido; *c*) no ser tóxico; *d*) el ser bien tolerado por el enfermo.

Las experiencias fisiopatológicas previas fueron efectuadas en animales de laboratorio, empleando la vía oral y la intravenosa, obteniéndose un aumento de la secreción biliar del cuádruple con 10 miligramos por kilo de peso, y del quíntuplo cuando se usan 20 miligramos por kilo. Este incremento se obtiene a los quince minutos, estando en relación, no sólo con la dosis inyectada, sino también con el tiempo de duración. La reiteración de la dosis repite el efecto primario. Comparado con otros excitobiliares, forma en el primer grupo, superando al prototipo D. hidro colato sódico.

Los ensayos de CHARLIER, de 1953, fueron confirmados *in extenso* por BERNAY, HOUVER y GRAVE en 1955, que obtienen una intensa acción colerética, con un acrecentamiento de las cifras en pigmentos y sales biliares y una disminución de la tasa del colesterol en la bilis. Comprobando en las medidas de utilización un margen de atoxicidad de absoluta garantía, expresada en la ecuación

$$\frac{\text{Dosis terapéutica}}{\text{Dosis tóxica}} = \frac{1}{800}$$

lo cual es un margen de seguridad raramente conseguido.

Las minuciosas pruebas de CRISNER, JAQUIER, DOGE, GRAVE, BERNAY y HAUVEN han añadido más exactitud, demostrando que es un colerético no colagogo, lo cual señala determinadas características que hacen más precisas sus indicaciones, lo que

ha sido demostrado por los estudios radiomanométricos que ponen de manifiesto la distensión duodenal y la relajación del esfínter de Oddi.

La expulsión de bilis A. B. obtenida por acción drenante o colecistoquinética es fácil de conseguir, pero su efecto podríamos tildarlo de grosero e insuficiente. Sólo cuando llegamos a movilizar la bilis C podremos estas satisfechos de haber obtenido un eficaz resultado. La terapéutica hepática ambiciona llegar a la intimidad del parénquima —células y canalículos biliares— para cumplir los requisitos exigibles.

CRISMER dió en sus experiencias, tan sólo a título de pruebas, preferencia a la vía intravenosa (no usada en la práctica), observando una gran respuesta en el flujo biliar con una mayor concentración en las cifras de sales biliares.

En cambio, CAROLI y su escuela eligieron la instilación duodenal, haciendo estudios comparativos con el aceite de olivas, el sulfato de magnesia, el D. hidrocolato sódico y el L 1718, llegando a la conclusión de que este último se muestra muy activo, siendo las muestras agregadas muy cargadas en pigmentos y sales biliares, lo que le hacen clasificar como un verdadero colerético cien por ciento. BERNAY confirma los mismos extremos, declarando que es un colerético, no hidrocolerético ni colecistoquinético.

WATSON y SBOROW, merced a su técnica, dosifican en las heces fecales la estercobilina, subproducto procedente de la disgregación de los pigmentos biliares (la urobilina pasa a urobilinógeno, que, al oxidarse, cambia en estercobilina).

La medicación ensayada en paralelo, en no hepáticos, marca un aumento máximo del 60 por ciento, mientras que en los hepáticos se han conseguido aumentos desde un 35 hasta un 170 por ciento.

En la serie de controles, ENDERS, CRISMER y CAROLI han probado su innocuidad mediante el estudio sistemático de la fórmula leucocitaria, velocidad de coagulación, contaje de glóbulos rojos, función renal y examen de la histología hepática.

En la aplicación a la clínica humana, el campo de empleo, enmarcado bajo la genérica indicación común de aumentar el flujo biliar, abarca a tres grupos de enfermos: *a*) afecciones del árbol biliar sin alteraciones del parénquima; *b*) afecciones del árbol biliar con alteraciones del parénquima, y *c*) afecciones exclusivas del parénquima de tipo reversible.

Dentro de la amplitud de casos en que hemos basado nuestras experiencias con el L 1718, gracias al material proporcionado generosamente por los «Laboratorios Gayoso», nos referiremos a las observaciones que fueron comprobadas según las pautas clásicas exploratorias (anamnesis, radiología, fórmulas y recuentos globulares, examen de orina, tests funcionales, etc.), que dan garantía al balance conseguido.

Como índice nosológico que precise en forma concreta las indicaciones, señalaremos las hepatitis en sus distintos estadios, ictericias de causas parenquimatosas, colecistitis y fases antecirróticas, y una serie de disfunciones hepáticas con expresiones digestivas (dispepsias), intestinales (alteraciones enterocolíticas y estreñimiento), metabólicas (hipercolesterinemia y cetosis), neuropsíquicas (ansiedad y melancolía), generales (astenia, jaqueca), cutáneas (dermatosis, urticarias, pruritos) de amplia variedad fisonómica clínica y común origen genético.

Las hepatitis, en particular las formas subagudas o crónicas, son las que reclaman los coleréticos. Las formas simples o de curso rápido precisan tan sólo protectores de la célula hepática (glucosa, aminoácidos, complejos vitamínicos). Las oportunidades para su empleo son numerosas, dada la frecuencia con que se observan en la clínica. Durante el período en que se ha mantenido la prueba hemos asistido

diez casos, de etiología variada; nueve de ellos fueron benignos y cursaron rápidamente con pruebas funcionales finales de control (Takata, Weltman, Mac Lagan) satisfactorios. En uno no obtuvimos resultados y las pruebas de las seroglobulinas y electroforesis comprobaron las lesiones del parénquima, sin que pudiera obtenerse mejoría de ninguna clase.

En las colecistitis constituyen la piedra angular terapéutica; fluidificar y asegurar un buen flujo biliar es la meta buscada de siempre. En unos casos es la indicación básica y definitiva, complementada con las curas hidrominerales, y los antiespasmódicos defienden este cronicismo, haciendo tolerable la evolución. Como la mayor cifra numérica de pacientes se mantienen bajo la ideología conservadora de la patología médica, así sortea el internista los avatares de estas tenaces afecciones.

Cuando se comprueba que es más bien una litiasis biliar, bifurcan los criterios justificados por la cualidad de los síntomas hacia la solución operatoria u obligado por otras razones (procesos concomitantes, renales, cardiovasculares, edad, etc.) o negatividad de los enfermos a todo acto cruento, habrá que instituirse insistiéndose en las medicaciones y en los regímenes; entonces es de suma importancia el saber elegir el fármaco más adecualo.

En la litiasis biliar produce el L 1718 un efecto ideal, ya que consigue el mayor flujo biliar sin alterar la mecánica que pudiera sobreponer al propio dolor más cenestesia álgica, consiguiéndose, en cambio, un sincronismo favorable con la distensión duodenal y la relajación del esfínter de Oddi; la papila de Vater cede, con lo que, teóricamente al menos, pueden franquear el colédoco los microcálculos. La acción antiespasmódica, antiinflamatoria y colerética conjuntan armónicamente el fin buscado.

Hemos actuado con esta medicación en cuatro casos; dos, bajo dictados más ortodoxos del internismo, y uno, en que se desaconsejaba el intervencionismo. Como balance, sólo podemos emplear como módulo la acomodaticia medida de la relatividad, basada en el curso seguido por los enfermos, y dentro de esta falta de rigor los podemos considerar como buenos.

La insuficiencia hepática nos brinda un amplio campo de empleo; tenemos dos casos de colemia muy mejorados; uno de jaqueca, que vió menguar sus crisis; dos de dermatosis de clara etiopatogenia hepática, en los que fué una buena medicación coadyuvante a la específica; un caso de fracaso en una alergosis. Asistimos cinco de dispepsias de origen hepático (saburra lingual, flatulencia, náuseas, orinas pigmentadas, cefaleas, manchas pigmentarias), con una franca mejoría, una negatividad y tres de efectos medianos.

Creemos que es en este amplio y no bien delimitado terreno donde más veces se demuestra ostensiblemente la claudicación funcional hepática, y en otros se vislumbra, o en los que las pruebas de laboratorio las ponen de relieve o en sospecha, es conveniente hacer una prueba medicamentosa de varias semanas con este eficaz colerético, ateniéndonos a los resultados clínicos, que lo serán a su vez de esclarecimiento etiodiagnóstico.

Ante la cirrosis hepática mantenemos una actitud muy escéptica; tememos por sus infaustos fines, a menos que las reiteradas pruebas (proteínas, electroforesis, eliminación de colorantes, curvas de sobrecarga glucémica, etc.) nos demuestren alguna posibilidad por conservación de núcleos de parénquima íntegros; entonces, a los aminoácidos, prednisona, extracto hepático total, etc., añadimos un colerético. Sólo con esta ecuanimidad podemos esperar algún resultado positivamente halagüeño.

En la práctica se presenta en forma de granulado en la proporción que la medida contiene 50 centigramos de P. hidroxifenilsalicilamida, la cual debe ser tragada sin masticar, facilitando el paso con un sorbo de agua. El número de tomas será de dos a tres veces al día. Dado que los tratamientos deben ser largos, conviene establecer turnos de cura alternados con otros de descanso, pauta común con todas las medicaciones excitobiliares indispensables en la amplia gama de las hepatopatías.

La experiencia seguida en pacientes de diversas condiciones, sexo, constitución, cultura, posición social, profesión, edad, etc., ha demostrado que es bien tolerado, sin ocasionar trastornos secundarios de ninguna clase, ajenos al fin buscado.

El mejoramiento de las células hepáticas es la consecuencia rehabilitadora proporcionada por el incremento de la secreción mejor integrada en pigmentos y sales biliares, con equilibración en el metabolismo del colesterol y otros lipoides, alejando la depravación grasa, con regularización de las tasas nitrogenadas; nitrógeno residual y cifras de urea, con sus repercusiones acomodables bajo el común denominador de desintoxicación. En suma, se trata de un preparado de síntesis, dotado de una actividad selectiva sobre la célula hepática, capaz de influir sobre sus funciones endocrinas y exocrinas, dentro de particulares características que distinguen a las buenas medicaciones, capaz de incrementar la biligénesis sin ocasionar stress de la célula hepática, pudiendo serle adjudicada con toda clase de garantías de que se trata de un colerético genuino que activa el funcionamiento celular hepático en su integridad original, acrecentamiento del volumen secretorio y descargas del colesterol, sin conmover el aspecto colecistoquinético, careciendo de toxicidad y siendo bien tolerado.

RESUMEN

Se analizan y describen las experiencias realizadas con la para-hidroxifenilsalicilamida (Enidrán), que demuestran su eficacísima acción colerética, completa tolerancia y ausencia de fenómenos tóxicos.

Se da cuenta de su presentación y efectos en clínica humana, posología, así como de los excelentes resultados conseguidos en el tratamiento de colecistitis, insuficiencia hepática, dispepsias, etc.

BIBLIOGRAFÍA

CHARLIER.—*Arch. Int. Pharmacodyn.*, n.º 94. 1953.
» *Arch. Int. Pharmacodyn.*, n.º 107. 1953.
CHARLIER y VANDERMUSEN.—*Arch. Int. Pharmacodyn.*, n.º 106. 1953.
CHARLIER.—*La Semaine Medicale*, n.º 10. 1957.
CHARLIER, PROST, BRUCKNER y VANDERMUSEN.—*Pharmacology and Exp. Therap.*, n.º 89. 1956.
BOLUEFF. —*Arch. Inst. Pharmacology*. 1952.
GRAVE.—These du Doctorat en Medecine, 1957.
HODORA.—These du Doctorat en Medecine, 1957.
ENDURS.—*Arch. Exp. Pathol. Pharmakol.*, 1957.
ANDREE.—*Presse Medicale*, n.º 9. 1957.
BIZARD y PARIS.—*La Semaine des Hôpitaux*, n.º 7. 1957.
DELCOURT. —XX Congrés de Physiol., Bruselas, 1956.
LA BARRE.—*Soc. Biol.*, 1955.
CHABROL, GRAND-NAT, MAXIMIN, POUN y PETRE.—*Soc. Biol.*, 1950.
VICKER y NEVER.—*Arch. Exp. Pth. Pharmakol.*, n.º 733. 1956.
KAURILSKI y GAUDIN.—*Bull. Acad. Med.*, n.º 131. 1957.
GUNTER, KIN, MAGER y ROLSTON.—*Jour. Therapie*, n.º 10. 1955.

Dirección: Carlos Cañal, n.º 6. Sevilla.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 397. - TOMO LXVII
ABRIL 1959

II

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DEL INFARTO DE MIOCARDIO

POR EL
DR. PEDRO CASADO P. DE NANCLARES
TOLOSA

DIAGNÓSTICO

HABRÁ que tener en cuenta lo anteriormente dicho, tanto en lo que se refiere al cuadro completo del infarto como a sus atipias. Sin embargo, muchas veces el cuadro clínico se presenta en tales características, que su diagnóstico se hace fuera de su fase aguda. Sirva de ejemplo el caso siguiente:

D. B., de 60 años. Hace cuarenta años, chancro blando, que fué tratado con cauterizaciones. Hace ocho años, operado de estómago (doctor MARTÍN SANTOS), con resección. En aquella época no se quejaba de disnea ni de bronquitis. Quedó bien. Desde hace año y medio, disnea. Comienza con dolor en pecho y brazos, que duró media hora, desapareciendo el dolor y volviéndole a repetir al poco tiempo. Llamaron al médico y le puso una inyección, cediendo el dolor. Casi siempre, de noche se despierta sobresaltado, con fatiga y sensación de asfixia. Con inyección de eufilina, mejora. Ha hecho vida normal. La fatiga siempre es de noche.

Exploración: Latido sobre sexto espacio intercostal, a la izquierda del pezón, con levantamiento más thrill, doble soplo en foco mitral. Auscultación pulmonar, roncus y sibilancias. No hay edemas. Tensión arterial, 15-10. En radioscopia, imagen que prolonga la del corazón en forma redondeada, con latidos que parece un aneurisma de corazón.

Electrocardiograma: Infarto extenso anterolateral reciente (espacio S T elevado), con probable aneurisma cardíaco. Reacción de Cassoni, negativa. Reacción de Wassermann y complementarias, negativas.

En otros casos, el cuadro clínico está dominado por el shock, lo que es común a los enfermos con abdomen agudo; como también aquí puede estar alterada la forma leucocitaria, obtener un electrocardiograma es obligado para llegar al diagnóstico que evite, en caso de infarto, el tratamiento quirúrgico, inútil y catastrófico.

En los casos de shock sin infarto, pueden aparecer en el electrocardiograma las alteraciones propias de la insuficiencia aguda coronaria, lo que debe tenerse en cuenta.

Un proceso que puede simular una trombosis coronaria es el angor; pero la duración mucho mayor del dolor, y por lo general mucho más intenso, localizado más frecuentemente en el tercio inferior del esternón (en la angina el dolor se fija en la parte media), intranquilidad motora (en el angor, el enfermo está quieto, rígido), colapso, febrícula, alteraciones sanguíneas, nula acción de la trinitrina y diferencias electrocardiográficas, hacen fácil el diagnóstico diferencial.

Conclusión. Véase n.º 396, marzo 1959.

Entre el cuadro de angina de pecho y el infarto existe un cuadro llamado por MASTER *insuficiencia coronaria aguda;* por BLUNGART, *fallo coronario*, y por FERNÁNDEZ FERRER, *síndrome coronario intermedio*, el cual presenta analogía con el infarto en cuanto al tipo de dolor, y con el angor, por la ausencia de las consecuencias clínicas de la necrosis, y permite observar asimismo que ninguno de los caracteres recogidos tiene valor diferencial absoluto, como es lógico, si se piensa que se trata de grados distintos de un mismo proceso fundamental (la insuficiencia coronaria), separados artificiosamente en tres grandes cuadros abstraídos de esa gradación continua que va del angor más fugaz al infarto más masivo.

También puede confundirse un infarto con el aneurisma disecante de la aorta. En esos casos la muerte es rápida, y en las supervivencias el cuadro de anemia aguda la dilatación de la matidez cardíaca por el hemopericardias, el electrocardiograma y la localización más alta del dolor con tendencia a interescapular, así como la exploración radiológica, aclaran el diagnóstico.

En las pericarditis, sobre todo en las de origen fímico o reumático, el diagnóstico no es difícil; no así en las pericarditis idiopáticas benignas o pericarditis gripales.

En el neumotórax espontáneo puede ocasionar dudas cuando es izquierdo y se acompaña de un cuadro de cor pulmonar agudo.

Uno de los cuadros que más confusión diagnóstica presentan con el infarto es la embolia del pulmón, en que el cuadro clínico, o incluso el electrocardiograma, puede ser superponible al del infarto posterior, hasta tal punto, que sólo en manos de gente especializada en descifrar los trazos eléctricos puede hacerse la distinción entre el electro del cor pulmonar agudo y el infarto de miocardio; sirviendo también los antecedentes quirúrgicos y partos para valorar el cuadro, juntamente con la auscultación y la radiología.

La historia clínica que presentamos, y que en sus primeros momentos fué sospechosa de embolia de pulmón, es la siguiente:

J. E., de 62 años. En enero de 1958 comienza, estando en la calle, con dolor intenso de pecho, espalda y brazos, que le obligó a sentarse. Disnea intensa, con sensación de muerte. Muchos gases que le ahogan, en forma de eructos. La disnea es ante cualquier movimiento. Antes, nunca había tenido fatiga. Sin fiebre. Tensión arterial, 16-11.

Exploración: Estertores húmedos, sobre todo por delante, y más en hemitórax derecho. Radioscopia y radiografías: imágenes densas en el lado derecho, partiendo de hilio y extendido al parénquima. Hilio izquierdo abultado. Corazón aumentado globalmente. Nada de palpación en vientre. Al día siguiente, algún esputo hemático, con dolor de espalda y disnea que persiste durante tres días. Electro, poco voltaje. Infarto extenso en cara anterior. En radiografía, imagen de estasis pulmonar en lado derecho.

Esta enferma del doctor RECONDO fué vista en consulta por el doctor YARZA y sometida a tratamiento de oxígeno permanente, Cafinitrina, heparina angiotrófica; posteriormente, trolexano en tabletas, penitrón en comprimidos; más adelante, Vibepal B. 15, Recordil, etc. Reposo en cama durante dos meses. El 23-IV-58 sigue bien. Ligera disnea en esfuerzo. Tensión arterial, 11-7. Radioscopia, nada pulmonar. Aumento biventricular, aorta de tipo oteromatoso.

Se dan como datos importantes para diferenciar estos casos la pronta desaparición de estas imágenes en el embolismo agudo (a veces en pocas horas) y la gran frecuencia de desviaciones eléctricas derechas, que contrasta con la casi absoluta desviación izquierda en los casos de infarto cardíaco. Por último, algunas veces las alteraciones en columna vertebral, especialmente la cifoescoliosis espóndiloartrítica, pueden simular un cuadro de infarto.

PRONÓSTICO Y COMPLICACIONES

Como señala COOMBS, se ha de reconocer que los actuales medios terapéuticos han influído en el pronóstico inmediato y tardío, en especial del primer ataque, con la consiguiente disminución de mortalidad en el mismo al luchar mejor contra el colapso reflejo con los neuropléjicos, contra la tromboembolia con los anticoagulantes, contra la insuficiencia cardíaca con el cardiotónico de elección asociado a las anteriores terapéuticas, contra las complicaciones pulmonares con los antibióticos, así como contra la ruptura del corazón con la prolongación del reposo y de la terapéutica. Las circunstancias individuales, en cada caso, son de la mayor trascendencia pronóstica. La evolución de todo infarto se agrava con el antecedente o repetición del ataque, pudiendo decirse, en términos generales, que la mortalidad, de un 11 a un 15 por ciento en las mejores condiciones, según DRAKE, durante el primer ataque, asciende a un 50 por ciento con la repetición; junto a ello, la naturaleza de la afección arterial y su extensión, la extensión misma del infarto, la gravedad del colapso, las arritmias, la insuficiencia cardíaca, las tromboembolias, la rebeldía del dolor a la terapéutica, la edad avanzada según algunos autores, y la atipicidad del ataque al impedir una precoz terapéutica, tienden en conjunto a disminuir la supervivencia. Todas estas circunstancias hacen que la mortalidad se eleve en algunas estadísticas, como la de PARKINSON y BEDDFORD, al 83 por ciento, y en la de COOKSBEY y WARREN, hasta el 90'5 por ciento. En España, VELA observa una mortalidad del 38 por ciento en el curso de los once primeros meses, para el infarto de localización anterior, y en el infarto posterior, del 26 por ciento, durante treinta y siete meses. LÓPEZ BRENES cita una mortalidad del 22'22 por ciento.

BEDDFORD subraya que el mayor peligro está en las tres primeras semanas, con una mortalidad del 25 por ciento; pero que después hay gran posibilidad de supervivencia por encima de los cinco años. Igualmente encuentra PALMER que de los que sobrevivieron los tres primeros meses vivía el 75 por ciento a los cinco años, y el 40 por ciento, a los diez años.

La insuficiencia cardíaca, según MASTER, DACK y JAFFE, puede elevar la mortalidad un 40 por ciento, existiendo dentro de la insuficiencia cardíaca algunos hechos, como la frecuencia de alta del pulso, la presión arterial constante y efectivamente baja, la embriocardia, el ritmo de galope, la elevada frecuencia respiratoria, la fiebre muy alta bordeando los 39 grados, el pulso alternante y las arritmias, que decididamente tienen mal significado, lo que viene todavía a agravar más el pronóstico. Igualmente se puede decir que cuando la presión venosa alcanza 200 ml., y los leucocitos sobrepasan la cifra de 25.000, el pronóstico se empeora. Así, SMITH establece un paralelismo entre la tasa de mortalidad de un 13 por ciento cuando la cifra de leucocitos se encuentra entre 10 y 15.000; un 28 por ciento, entre 15 y 20.000, y un 38 por ciento, o más, cuando la leucocitosis está por encima de 20.000. Cuando previamente existía una hipertensión arterial sistémica, el retorno a las cifras previas al ataque tiene una significación favorable, teniéndola desfavorable al no recuperar la tensión arterial inicial, o por lo menos cifras cercanas a ésta. Una de las posibilidades de sucumbir el enfermo afecto de un infarto de miocardio, es la insuficiencia cardíaca, que en ocasiones incluso ha precedido al infarto, favorecido por las condiciones hemodinámicas creadas por aquélla.

Por regla general, suele aparecer desde la segunda semana; puede adoptar el tipo ventricular izquierdo, derecho o mixto. Como señala FISHBERG, las formas

puras no son las más frecuentes, dominando más bien una de ellas, especialmente el síndrome derecho, cuando previamente existía afección pulmonar crónica o hiposistolia derecha, aunque en general en el infarto agudo de miocardio se puede decir que el esfuerzo inicial corresponde al ventrículo izquierdo, especialmente sobrecargado, y solamente más tarde, el ventrículo derecho. En el tipo ventricular izquierdo, es la disnea el hecho fundamental, junto con los signos de edema pulmonar. En el tipo derecho, la insuficiencia cardíaca con hidrotórax uni o bilateral, edemas, ascitis, y los síndromes de congestión pasiva visceral, es lo que más destaca. Esta forma derecha se da también cuando ocurre la perforación del tabique tras el infarto, pudiéndose dar una variante bajo el síndrome de Bersis, edema de las extremidades inferiores, congestión hepática, con aumento de extasis pulmonar.

La insuficiencia circulatoria periférica por vasoplejía, que reflejamente se da en el infarto, conduce al colapso vascular periférico, bajo cuyo cuadro clínico de intensa palidez y profusa sudoración viscosa con aparatosa caída de la tensión arterial puede sucumbir el enfermo afecto de un infarto agudo de miocardio. El colapso vascular periférico intenso viene a ensombrecer extraordinariamente el pronóstico, alcanzando una mortalidad de un 70 por ciento de estos enfermos que lo sufren, según SELZE; un 67'8 por ciento, según MINZ y KATZ, y hasta un 80 por ciento, según GRIFFÜTH y cols. Los neuroplégicos, cortando los mecánicos reflejos vasoplégicos, vienen a influir favorablemente la evolución del infarto en los primeros momentos. En ocasiones, el enfermo sucumbe por la aparición de un bloqueo o de una fibrilación ventricular, o bien por lo que BLUMGART y cols. han denominado insuficiencia coronaria agua sin infarto.

El enfermo, en plena evolución favorable, aparentemente, de un infarto agudo, y después de días o semanas del comienzo del accidente reciente, puede sucumbir por oclusión coronaria bajo un síndrome anginoso, sin que la necropsia revele un nuevo infarto. El fracaso agudo de la circulación coronaria de signo vasoconstrictor, puede ser, según BLUMGART, la causa de la muerte del enfermo en plena evolución de un infarto. La fibrilación auricular es poco frecuente, y cuando se presenta aumenta la mortalidad; la causa es la mayor frecuencia en ella de embolias. Cuando aparece un bloqueo cardíaco completo después de un infarto de miocardio, prácticamente siempre se trata de un infarto posterior. La mayor frecuencia de las arritmias en los infartos de cara posterior es fácilmente explicable teniendo en cuenta que en el 60 por ciento de los corazones las aurículas y el nódulo sinusal están irrigados por la coronaria derecha, arteria cuya oclusión es la causa más frecuente del infarto posterior. La mortalidad inmediata es mayor en mujeres que en hombres; después sucede al contrario, pero en total es mayor en mujeres. La edad en la fase aguda puede tener importancia; los ancianos, según YARZA, soportan mejor la trombosis que los jóvenes, quizá debido, según dice, a que su miocardio se ha ido acomodando paulatinamente a una insuficiencia coronaria; pero en los jóvenes, una vez sobrepasada la crisis, el pronóstico es mejor. Respecto a la localización del infarto, no se acusan grandes diferencias en la mortalidad, únicamente la extensión, así como la afectación del tabique interventricular, ensombrecen el pronóstico. Los signos electrocardiográficos demostrativos o indicadores de infartos múltiples también tienen un signo negativo en el pronóstico, sospechándose únicamente este hecho en algunas ocasiones al neutralizarse las acciones eléctricas de los distintos infartos. Dos posibilidades más entre las causas más frecuentes de evolución desfavorable del infarto agudo de miocardio pueden darse: la ruptura del corazón y la tromboembolia. Según algunos autores, la ruptura del corazón como causa de muerte en el infarto de miocardio, alcanza cierta frecuencia. El 15 por

ciento, según MC QUAY; el 8 por ciento, según GOULD, y hasta el 73 por ciento, en la estadística de JETTER y WHITTE. La ruptura del corazón puede darse por la pared ventricular, ya que en la auricular no es frecuente, y dentro de los ventrículos, el 80 por ciento de los casos corresponde al ventrículo izquierdo, donde la mayor presión intraventricular y su mayor esfuerzo inicial en el infarto de miocardio, son los factores coadyuvantes, localizándose la mayor parte de las veces en el tercio inferior de la pared ventral del ventrículo izquierdo, por encima de la punta. La ruptura casi siempre es lineal, longitudinal, con bordes festoneados o irregulares, siguiente el intersticio de los músculos en espiral, siendo el orificio interno superior al externo. Pueden darse una serie de factores favorecedores, como la senilidad, la sífilis cardiovascular (como sífilis terciaria, cada vez menos frecuente), la gran dilatación cardíaca, los esfuerzos, hipertensión arterial sistémica o pulmonar, la formación de abscesos parietales o las grandes infiltraciones leucocitarias con digestión proteolítica-enzimática de la pared. La ruptura aparece, sobre todo, en la primera semana, y aunque puede darse mucho más tarde, cuando han pasado las cuatro semanas, la ruptura puede ser entonces consecuencia de un nuevo infarto, siendo siempre la supervivencia muy corta, desde unos breves segundos bajo el síndrome de taponamiento por hemopericardias, a unas breves horas en las rupturas pequeñísimas. La ruptura puede darse en el septum ventricular, con la consiguiente perforación del mismo, o bien producirse la ruptura de un pilar del ventrículo izquierdo, más frecuente el posterior que el anterior, por estar más alejado del origen de la fuente de irrigación y ser más escasa la circulación colateral del músculo bulboespinal, del que depende morfológicamente. En caso de perforación de tabique, puede aparecer súbitamente la insuficiencia cardíaca tipo ventricular derecho, pudiendo darse muertes súbitas o supervivencias hasta de muchos meses en la ruptura del pilar muscular del ventrículo izquierdo. El antecedente de la localización del infarto, la aparición súbita de un thrill y un soplo sistólico paraesternal izquierdo y bajo, junto a la insuficiencia ventricular derecha, hará pensar en la perforación del septum. La aparición de un soplo sistólico en punta, pero más intenso; la insuficiencia ventricular izquierda con la consiguiente modificación del soplo anterior al infarto, si es que existía, haciéndose más rudo y fuerte hará pensar en la ruptura del pilar. Algunos autores, como WALDRON, suponen que el empleo de los anticoagulantes favorece la frecuencia de la ruptura del corazón, sobre todo en los infartos laterales, presentando este autor una estadística en la que la incidencia de la ruptura alcanza un 20 por ciento en los no tratados, y un 25 por ciento en los tratados. Sin embargo, éste no es el criterio unánimemente aceptado.

La tromboembolia es un accidente cuya aparición en el curso de un infarto, tanto en la circulación sistemática como pulmonar, es capaz de provocar la muerte del enfermo, y aunque la embolia pulmonar es más frecuente a expensas de los trombos parietales del lado derecho, tromboémbolos pélvicos o las extremidades inferiores, sin embargo, su pronóstico inmediato es menos grave que la embolia cerebral o de una gran arteria de una extremidad. No siempre los fenómenos cerebrales en el curso del infarto son expresión de una embolia, pudiendo aparecer hemiparesias «recurrentes» como consecuencia de la anoxia cerebral, a causa de la insuficiencia cardíaca, del colapso y de la insuficiencia de la circulación cerebral, ya afectada por la arterioesclerosis, por ejemplo, pudiendo ser entonces el accidente expresión de un infarto cerebral concomitante, estudiado por HELLERSTEIN y MARTIN, como consecuencia de la afectación universal del sistema vascular, de signo negativo en el pronóstico del caso, al poner de manifiesto el estado de la totalidad de la circulación coronaria. La tercera parte de los pa-

cientes con trombo parietal, que son el 50 por ciento, según BLAUMER y BEAN, presentan embolias, aumentando su frecuencia, según este último autor, cuando el trombo está unido al tabique a causa de la función de este último, dependiendo en último término la formación del tromboémbolo de la progresión del infarto a las regiones subendocárdicas, y de la dilatación localizada en la pared infartada.

Existen otras complicaciones más tardías, como son las miocardosis, con su cuadro de insuficiencia cardíaca, y en los que se aprecian grandes dilataciones cardíacas, sobre todo de ventrículo izquierdo, con insuficiencia mitral secundaria a la dilatación. Es cardiopatía de mal pronóstico. También puede presentarse la sínfisis pericárdica, así como abscesos infárticos. Los aneurismas ventriculares son poco frecuentes, sospechándose por la persistencia de las elevaciones de S T y demostrables por radiología.

Mientras en la estadística de MCQUAY y colaboradores el orden de frecuencia de los distintos accidentes es el siguiente: insuficiencia cardíaca, insuficiencia coronaria, ruptura del corazón y tromboembolia, como causa de muerte, en la de GOULD el orden es de tromboembolia, insuficiencia cardíaca, colapso, ruptura cardíaca y otras causas de muerte, como bloqueo o fibrilación. La presencia de dos o más síntomas graves ensombrece el pronóstico. Para SHILLITO, la tríada de mal pronóstico estaría constituída por fiebre de más de 39 grados, leucocitosis por encima de los 25.000 y presión venosa de más de 20 cm. de agua. Para YARZA, el shock intenso prolongado y tardío, la afectación de grandes zonas de miocardio y la disnea irreductible por los tónicos, sería la tríada fatal.

Entre las complicaciones no dependientes directamente del corazón, tenemos las infecciones intercurrentes, especialmente neumonías y bronconeumonías, y las tromboflebitis, especialmente de miembros inferiores; las peligrosas embolias de pulmón en ellas originadas pueden matar a un enfermo en plena fase de recuperación. La actual terapéutica de asociación correcta de la cura neuropléjica con los anticoagulantes y tónicos cardíacos, junto al resto de las medidas necesarias, como oxígenoterapia, etc., han venido a influir favorablemente el pronóstico del infarto de miocardio, sobre todo en el primer ataque, disminuyendo las posibilidades de evolución desfavorable e inmediata del infarto de miocardio, cuya supervivencia puede prolongarse hasta cuarenta años, en algún caso extremo publicado. Tengamos presente el caso del presidente Eisenhower en otoño de 1955.

TRATAMIENTO

Nuestra intervención terapéutica ha de ser decidida y enérgica desde el primer momento, ya que así lo exige el dramatismo del cuadro, muchas veces mortal en el primer ataque. Durante la crisis aguda, lo primero que se hará para disminuir las necesidades circulatorias será el reposo absoluto en cama, tanto físico (peligro de fibrilación ventricular) como psíquico; debe ser rigurosamente observado, sobre todo en los primeros días, ya que no es raro el caso que fallece al hacer una deposición o realizar un brusco cambio de posición en la cama. El enfermo no efectuará por sí el menor movimiento. Deberá hacer sus necesidades en una chata. El reposo tendrá que prolongarse durante un mes y medio o más, plazo que se considera como el mínimo necesario para la formación de una cicatriz vigorosa en la curación de un infarto sin accidentes. Pero mejor que establecer plazos fijos es guiarse por el cuadro clínico y especialmente por la desaparición de la fiebre, la disminución de la leucocitosis y, principalmente, por la normalización de la velocidad de sedimentación, prolongando el reposo en tanto

no se normalice. Y aun en este caso no se debe dejar abandonar el lecho hasta una semana después de que su velocidad de sedimentación es normal.

En ocasiones, si el enfermo se encuentra muy intranquilo, puede ser muy útil, para lograr el necesario reposo, el empleo de los sedantes de tipo barbitúrico, luminal preferentemente, llegando incluso a mantener a los enfermos inquietos en un ligero estado crepuscular. Con preparados del tipo luminal a dosis de 20 centigramos, repetidas dos o tres veces al día, se consigue este efecto. También se puede dar fenobarbital, 50 miligramos, y otro preparado análogo, tres o cuatro veces al día. Debe prestarse especial atención a los aspectos emocionales de la enfermedad coronaria, procurando al enfermo la tranquilidad psíquica más completa posible y sustrayendo a su conocimiento un diagnóstico cuya grave significación ha trascendido ya al vulgo. Otro aspecto importante del reposo es una correcta dietética que evite, mediante comidas frecuentes, poco copiosas y de fácil digestión, la sobrecarga que representa para el corazón una digestión prolongada y una plenitud abdominal excesiva.

No faltan autores, como WILSON y WARD, MITCHELL, DEALG, LOWN y LEVINE, y últimamente WHITE, que son partidarios del reposo en sillón, diciendo que así la mortalidad es más baja, se presentan menos complicaciones, mejoría de la moral del enfermo y convalecencia más corta, no observando tampoco aneurisma cardíaco (ventricular). A esto, RUSSEK dice que el tener sentado en una butaca al enfermo más bien favorece las trombosis de las piernas que las evita; además hace que los enfermos no tomen en serio su situación y no guarden el reposo necesario. Según YARZA, este método debe reservarse para aquellos casos en los que sean de temer congestiones o presenten intensa disnea. PORTO propone el siguiente plan: primer mes, reposo absoluto en cama; segundo mes, primera semana, levantarse de la cama a la tumbona durante pequeños lapsos de tiempo; segunda semana, pequeño paseo en el mismo aposento; tercera semana, ya puede subir una escalera de pocos peldaños; cuarta semana, pequeños paseos fuera de la habitación; tercer mes, consolidación de la cura. MOUGUIN, MACROZ y HATT preconizan el levantamiento a butaca a los quince días, y al mes, el poder andar. Pasados los quince primeros días, si no hay contraindicación, se hará una discreta movilidad de las extremidades inferiores y un discreto masaje de las mismas, para evitar las tromboflebitis.

Durante la crisis aguda, el primer objeto es calmar el dolor, si es que existe, debiéndose emplear la morfina, si es preciso por vía intravenosa, a dosis de un centigramo. Otros, como ORTIZ VÁZQUEZ, LÓPEZ BRENES, etc., preconizan la dosis inicial de 2 centigramos, que puede reiterarse si la primera no consiguió el efecto deseado. El uso de la morfina a esta dosis de 2 centigramos, repetida varias veces en el día, puede traer como consecuencia la aparición de vómitos, que, siendo molestos para el enfermo, alteran un tanto el profundo reposo a que tiene que estar sometido. Más prudente nos parece la dosis de un centigramo, primeramente citada. También se puede emplear el metadone. Se recomienda también el sulfato de morfina a la dosis de 15 miligramos, en inyección subcutánea, o por vía endovenosa si el dolor es insufrible. Suele ser posible sustituir después la morfina, si fracasa, por el eucodal en ampollas, o bien una inyección intravenosa de eufilina con una ampolla de cibalgina. HOCHREIN previene contra la administración de opiáceos, morfina, pantopón, eucodal, etc., basado en que se necesitan generalmente grandes dosis, los que motivan en ocasiones aumento de la excitabilidad y de la inquietud motora y, por otro lado, aumento de meteorismo, que eleva el diafragma y empuja al corazón. Dicho autor obtiene muy buenos resultados

empleando la inyección intramuscular, dos o tres veces al día, de 20 centigramos de luminal sódico. La agitación y ansiedad del paciente se podrán atenuar con dosis de 15 miligramos de fenobarbital, cuatro veces al día. La atropina, a la dosis de 0'4 miligramos, tres veces al día, se dará cuando se administren opiados, si hay vómito o en caso de bradicardia.

BROUSET y colaboradores han comparado los resultados de los opiáceos con los de «cocktail» neuropléjicos de LABORIT (dolosal, fenergán y largactil); la mezcla utilizada es la de M. S. de LABORIT, compuesta de una ampolla de dolantina de 100 miligramos, una ampolla de fenergán de 50 miligramos y media ampolla de largactil de 50 miligramos. Generalmente se utiliza esta mezcla por vía intramuscular, aunque en muchos casos se emplea en infusión venosa (inyectándola en el tubo de una perfusión de 500 c. c. de suero glucosado con dos ampollas de lactoflavina y dos de hidergina), y en pocos casos se empleó un tratamiento oral (un comprimido de 0'25 de dolantina, otro de fenergán y otro de 0'25 de largactil). Generalmente se utiliza una dosis de ataque de 5 a 10 y aun de 17 c. c. al día, en varias dosis fraccionadas (en los casos leves, 2 a 5 c. c.), y la dosis de mantenimiento es de 1 a 2 c. c. diarios. La asociación de neuropléjicos parece francamente superior, tanto en la sedación del dolor como para combatir el shock, además de que es fácil de manejar, carece de efectos sobre el aparato digestivo, no tiene peligro de habituación y permite la terapéutica complementaria conveniente.

Recordaremos que la morfina tiene su contraindicación cuando existe participación del aparato pulmonar, porque entonces su empleo aumenta la tensión del carbónico, cosa que no ocurre en los casos de disnea cardíaca, donde la tensión del oxígeno en sangre parece normal. Asimismo, en la fase dolorosa aquí no se recurrirá, como en la angina de pecho, a los vasodilatadores rápidos, porque su actividad en el infarto de miocardio es nula, y en ocasiones perjudicial, por la disminución de la presión arterial a que conducen. Si persiste el dolor, existe disnea fuerte y cianosis, se debe usar el oxígeno; podríamos decir que «el dolor, muchas veces, no es más que el grito de angustia de las fibras miocárdicas que claman por oxígeno».

La hipótesis de la anoxia como causa del dolor, ha sido robustecida en estos últimos años con las experiencias de respiración de atmósferas pobres en oxígeno, como son las mezclas al 10 ó 12 por ciento durante veinte minutos, con las cuales se producen el dolor y las alteraciones electrocardiográficas típicas en el segmento S T. El alivio del dolor por inhalación a concentraciones altas, es la contraprueba. Los primeros trabajos de RIZER (1929) y de LEVY y BARACH (1930), hicieron su primera comunicación sobre el tratamiento de cuatro enfermos, en tiendas especiales, administrando el oxígeno a una concentración del 45 por ciento, encontrando una gran mejoría subjetiva al cabo de poco tiempo, disminución o abolición de la cianosis, disminución del ritmo de la respiración o normalización en los que era el tipo de Cheyne-Stokes, lentificación y aumento de volumen del pulso y refuerzo de los tonos cardíacos. Desde esta comunicación, son numerosas las publicaciones sobre casos en los que se ha administrado oxígeno, quedando confirmada su utilidad: BOOTHBY, MAYO y LOREDACE obtienen también buenos resultados empleando oxígeno puro; pero, como otros autores, describen signos de irritación pulmonar, cefaleas e incluso pulmonías. Sin embargo, BOLAND se muestra gran partidario de este procedimiento; obtiene en sus enfermos una mejoría dramática, que comienza ya a los diez minutos; desaparecen la opresión y la intranquilidad y lo mismo la disnea; en cambio, no ha observado signos de irritación pulmonar ni neumonías.

Al hablar de oxígenoterapia, no hacemos referencia, naturalmente, a los antiguos «balones» de oxígeno, sino a los actuales sistemas de «tienda» o inhalación de oxígeno de un modo permanente, valiéndose de bala, cilindro, tubo o botella metálica, con los sistemas de humedad y calentamiento previo de los modernos equipos. Estos equipos reúnen, cuando son perfectos, las condiciones de un buen control del volumen minuto de gas que proporciona, la posibilidad de mezclar varios gases, si así es preciso, y, como queda dicho, un buen sistema de que el gas consiga las mejores condiciones de humedad y temperatura para ser inhalado. Prescindimos de hacer referencia al circuito abierto y al circuito cerrado, las distintas modalidades de la oxígenoterapia. Pero sí debemos decir que la oxígenoterapia exige casi siemper, en el infarto de miocardio, que sea precoz, suficiente, permanente y prolongada. Así se desprende de los conceptos de BARACH y HALDANA.

Los oxígenoterapeutas han concretado la cifra de veinticuatro respiraciones por minuto, como cifra dintel, a partir de la cual podemos asegurar la existencia de anoxemia y, en consecuencia, la necesidad de oxígeno. MARTÍN FERNÁNDEZ insiste en la necesidad de que el tratamiento se instaure de un modo precoz, a dosis suficientes, permanente y prolongadamente, recordando las palabras de HALDAME, que dice: «Administrar oxígeno durante cinco o diez minutos cada hora, a un enfermo, es lo mismo que socorrer, emergiéndole del agua sólo de cuando en cuando, a un sujeto que se está ahogando.» Asimismo dice WHITES «Si la morfina no suprime el dolor del infarto, es decisivo el empleo de oxígeno.» Y LEVINE dice: «Cuando el dolor es fuerte y persistente, he observado que el oxígeno lo hace desaparecer.» Atmósfera de oxígeno a concentración del 80 por ciento e incluso del 100 por ciento, bajo vigilancia de la respiración, ya que la cifra de alta concentración pone en riesgo de parálisis del centro respiratorio, y empleado de modo precoz, lo antes posible, continuo y prolongado, en algunos casos hasta quince días.

BELMES dice que en el infarto de miocardio se debe instaurar la inhalación de oxígeno al 50 ó 100 por ciento, con lo que la progresión del coágulo es menor y no aparecerá la crisis de shock con la consiguiente agravación de la anoxia y muerte del enfermo en insuficiencia cardíaca. Después de tres horas de oxígenoterapia disminuyen las molestias, el alivio del dolor es espectacular, la intranquilidad disminuye y la cianosis mejora o cede. La respiración de Cheyne-Stockes desaparece, pero deberé mantenerse el aporte artificial de oxígeno hasta tanto tiene lugar el reajuste completo, ya que la interrupción prematura puede descargar el cuadro nuevamente.

La oxígenoterapia deberá hacerse aun cuando la cifra de oxígeno sanguíneo sea normal, toda vez que cuando sea a concentraciones del 100 por ciento el oxígeno diluído en la sangre aumenta de una manera notable, con lo cual, en resumen, aumenta el aporte de oxígeno a la región enferma. En los casos graves, el tratamiento deberá continuarse durante cinco a diez días a partir de la crisis. Cuando se quiere dar concentraciones del 50 al 60 por ciento, bastará con la tienda de oxígeno; pero cuando se quiera hacer la oxígenoterapia al 100 por ciento, habrá de utilizarse la máscara de aviación, que, pasados los dos primeros días y estabilecida la mejoría, podrá sustituirse por la tienda. En la máscara se hará pasar una corriente de oxígeno muy superior a la ventilación pulmonar, dándose como cifra media la de 12 a 15 litros por minuto. La administración del oxígeno en tienda solamente permite alcanzar concentraciones del 40 por ciento en el aire

inspirado, lo cual supone poca ventaja en los enfermos anóxicos con infarto de miocardio. Es preferible limitar la administración de oxígeno a los enfermos con edema pulmonar, shock, y entonces proporcionarlo con una máscara, mediante la cual es posible llegar a concentraciones de oxígeno del 92 por ciento en el aire alveolar. Si no se puede disponer de estos medios, emplearemos la capucha o catéter nasal. La oxígenoterapia se prolongará hasta la desaparición de la disnea.

El empleo sistemático de la oxígenoterapia al 100 por ciento en enfermos de infarto de miocardio en circuito abierto, nos ha permitido poner en juego un sistema terapéutico que hasta ahora constituía un serio peligro en los casos de fracaso cardíaco de todo género; la plasmoterapia y la transfusión, como tratamiento del colapso concomitante. Cuando se emplea el catéter nasal, se administrará a un ritmo de cuatro a seis litros por minuto, continuamente mientras exista dolor, congestión pulmonar o disnea, disminuyendo gradualmente en días sucesivos y suspenderlo hacia el cuarto si no hay complicaciones (YARZA).

En el segundo aspecto del tratamiento tenemos el shock; ya hemos visto que el precoz es casi siempre debido al dolor, por lo que desaparece espontáneamente una vez desaparecido aquél; por lo tanto, en esta fase atenderemos al estado circulatorio, tanto central como periférico; por un lado se nos plantea la conveniencia u obligación de tratar el colapso vasomotor, y por otro, la asistolia, si existe, o las arritmias. No cabe duda que la presión arterial representa, a grandes rasgos, la resistencia contra la que tiene que luchar el ventrículo en su contracción, y si existe un grave daño miocárdico, la hipotensión es en principio, no un inconveniente, sino una ayuda, que de no existir deberíamos «provocar». Si se trata de un sujeto hipertenso, suele caer la tensión hasta límites normales o inferiores; si no ocurre esto, se debe hacer descender artificialmente con los hipotensores habituales, no usándose la sangría más que en caso de edema agudo de pulmón, por el peligro que entraña anemizar un infarto de miocardio; pero si, como es habitual, la tensión desciende, se debe respetar esta caída dentro de ciertos límites que no entrañen una gravedad inmediata.

En el colapso hay un menor volumen de sangre circulante, por depósito de ésta en la periferia, con el consiguiente déficit de nutrición de todas las estructuras; el corazón está de tal modo colocado, que si bien descansa en la hipotensión, por disminución de la resistencia sufre, como todos los órganos, el déficit de oxígeno periférico del colapso. Es decir, que lo que por un lado le beneficia, por otro es tanto más grave cuanto que, por el hecho de existir un infarto, ya su nutrición está en precario. Por eso también la oxígenoterapia está indicada. No debemos tratar de recuperar una tensión normal, que, aparte de no ser necesaria, puede ser catastrófica, ni consentir un grado extremo de colapso. Si la tensión máxima es inferior a 10, es conveniente suministrar tónicos periféricos; por ejemplo, simpatol cada cuatro a seis horas, cafeína, coramina, veritol, etc., no tratando de elevar la tensión, sino de evitar que desfallezca, ya que la gravedad del infarto guarda relación directa con el estado de la circulación periférica. Algunos autores recomiendan el uso de la adrenalina; pero su administración no está siempre exenta de peligros, como señalaron COTTRELL y WOOD, en los infartos que se acompañan de alteraciones del ritmo, pues producen «fibrilación ventricular». JIMÉNEZ DÍAZ dice que su uso debe quedar reservado a aquellos casos que no presenten esta condición, y que es mejor en la práctica diaria abstenerse de su uso.

A diferencia de los restantes estados de colapso, en el cuadro que nos ocupa no debemos administrar suero fisiológico, porque con ello conseguiríamos acentuar el desfallecimiento cardíaco. Más modernamente, GOOTNICK y KNOX, al hablar

del tratamiento del shock en el infarto de miocardio, opinan que se pueden salvar aproximadamente la mitad de los enfermos por medio del uso de las modernas drogas vasopresoras, sangre y plasma. Los medicamentos vasopresores empleados en el shock secundario o tardío, en el cual hay que actuar con más energía ante el riesgo de perder el enfermo, son eficaces; pero se ignora si es como consecuencia de la constricción periférica o por estímulo directo sobre el corazón. El agente más activo es el levarterenol o noradrenalina, la cual eleva la presión y hace desaparecer el shock; es decir, tiene la propiedad de actuar sobre el tono vascular periférico sin variación del volumen minuto, al contrario de la adrenalina, que actúa aumentando el volumen minuto y reduciendo las resistencias periféricas. La hipertensión que con esta droga se produce es moderada y fácilmente regulable. MILLER y BAKER, que la han empleado, añaden un miligramo de dicha sustancia a un litro de solución salina al 0'9 por ciento o a una solución de glucosa al 5 por ciento. Esta solución se administra intravenosamente, a velocidad variable, según la variación obtenida en la tensión arterial. También se puede emplear el bitartrato de noradrenalina levogira, como es el Reargón, de la casa Schering, mezclando dos ampollas de un c. c., es decir, 2 miligramos con 500 c. c. de suero glucosado al 5 por ciento, gota a gota. La desventaja de estos agentes es que ha de administrarse gota a gota por vía intravenosa, y con muchas precauciones, para evitar la irritación que provoca si se sale de la vena. Además, según LITTLER y MEKENDRICK, la noradrenalina tiene tendencia para provocar arritmias cardíacas. SAMPSON y ZIPSER emplean en el shock la norepinefrina continua intravenosa. La dosis media era de 7'5 microgramos por minuto, y raramente respondían los pacientes a dosis mayores, si no lo habían hecho a las de 25 microgramos por minuto, según estos autores, con buenos resultados; pero si el producto se sale del vaso, da lugar a necrosis, flebitis y espasmos venosos, como complicaciones.

Otra amina precora es el mefentermine; la acción es similar a la de la noradrenalina, sin influir en la frecuencia, ritmo o irritabilidad cardíaca. HELLERSTEIN, BROFMAN y CASKEY tratan dieciocho enfermos de infarto de miocardio; algunos de ellos recibieron inyecciones intramusculares de 35 miligramos; otros fueron tratados con dosis intravenosas de 5 a 20 miligramos; en algunos se empleó una infusión intravenosa en proporción de un miligramo por minuto. Las dosis se espaciaron lo suficiente para mantener la presión sistólica alrededor de 100 mm. Hg., con buenos resultados. Otro medicamento fácil de administrar es la neosinefrina, la que puede inyectarse subcutáneamente cada quince minutos.

Se ha discutido mucho sobre la conveniencia de la reposición del volumen de sangre circulante, valorando en contra la posibilidad de ocasionar un fracaso cardíaco por sobrecarga; pero como contra este peligro disponemos de remedios muy eficaces, se propugna en la actualidad que en casos de shock intenso se deben usar las transfusiones de sangre o plasma. Cuando la presión máxima desciende por debajo de 8 cm., el pronóstico es muy infausto. La práctica de transfusiones de sangre o plasma en estos casos no presenta en contra más que la objeción de recargar súbitamente el corazón y producir un edema del pulmón, y ambos acontecimientos pueden evitarse con una técnica cuidadosa. SAMPSON y SINGER han tratado once enfermos de infarto de miocardio con una o varias transfusiones, cuando el descenso de la presión arterial se hacía peligroso. Las inyecciones se practicaron a una velocidad de 2'5 a 5 c. c. por minuto, cuando la presión sistólica era inferior a 85 mm.; en ningún caso se observaron manifestaciones desagradables por el empleo de las transfusiones SILVER, LEVIN, BECKER y LEVY han tratado a nueve enfermos con infarto de miocardio e intenso shock mediante la

transfusión intraarterial, en la radial, de 250 a 500 c. c. de sangre completa arterializada. Los efectos inmediatos sobre la tensión arterial y el estado general fueron buenos, excepto un caso que falleció durante la transfusión. La transfusión intraarterial tendría, sobre todo, la ventaja de elevar la tensión inmediatamente, sin sobrecargar el corazón, además de influir favorablemente sobre el riego coronario. Esta encuentra su mayor indicación en los cuadros de gran hipotensión.

Al mismo tiempo que tratamos así el shock en el infarto de miocardio, no olvidaremos los cuidados generales del enfermo, como, por ejemplo, envolturas calientes, etc.

A consecuencia de la zona miocárdica que deja de funcionar, puede sobrevenir una insuficiencia aguda del corazón. Uno de los puntos más discutidos de la terapéutica de esta afección es el empleo de los tónicos cardíacos, principalmente de la digital y el estrofanto. Existen dos grupos de autores: uno, los que siguen a WEBER, los cuales afirman no deben emplearse nunca estos medicamentos, pues pueden producir perforación miocárdica (ruptura de la pared ventricular infartada), embolia (desprendimiento de trombos) y muerte. Otros, a cuya cabeza va EDENS, afirman deben emplearse en cualquiera de sus estadios, considerando que los favorables efectos que producen se deben a mejorar el rendimiento sistólico del corazón y aumentar subsiguientemente la circulación coronaria, y con ello acelera la granulación del tejido lesionado, al mismo tiempo que evitar la extensión ulterior del infarto. Como ocurre siempre, en ninguno de los dos extremos está la razón y, por tanto, no debe adoptarse una línea terapéutica prefijada, sino adaptada al estudio detenido del caso. Nuestra opinión, de acuerdo con FRAENKEL, es utilizarlos cuando comienza la insuficiencia cardíaca (edemas, hígado de estasis o signos de edema de pulmón), no haciéndolo nunca en los primeros momentos del infarto de miocardio y administrándolos siempre a dosis prudentes y repetidas, no debiendo —si se trata de preparados estrofánticos, que deben utilizarse por vía intravenosa— poner en cada inyección más de un cuarto de miligramo. Generalmente, el tratamiento estrofántico va unido a otros fármacos (eufilina, etc.). Debemos recordar aquí también que la digital aumenta el tono vago y, por lo tanto, disminuye la irrigación coronaria, aunque ésta mejora al mejorar el sístole, y que tanto el estrofanto como la digital aumentan la excitabilidad del ventrículo y, por lo tanto, crece el peligro de arritmias ventriculares, hasta la posibilidad de muerte súbita por fibrilación ventricular.

La dosis de entrofantina varía según criterios. Así, PESCADOR recomienda el octavo de miligramo por vía endovenosa, sola, sin suero glucosado hipertónico y puesta lentamente (ya que la intramuscular hay que desecharla siempre por demasiado lenta e ineficaz); dosis que podrá repetirse cada doce horas. ORTIZ VÁZQUEZ da medio miligramo de estrofantósido endovenoso, que puede reiterarse a las doce horas; y otros autores dan la estrofantina a dosis de un cuarto de miligramo, en suero glucosado, por vía endovenosa. BROUSTET y colaboradores (1955) preconizan como tratamiento del infarto de miocardio la asociación paradójica de los grandes cardiotónicos, que aumentan el rendimiento cardíaco, a los neuropléjicos, que tienden a disminuirlo, y se preguntan si es conveniente, por esta disparidad de efectos, su asociación. Razón quizá fundamental del empleo de los neuropléjicos es la importancia evolutiva que el colapso tiene en el infarto miocárdico (BELTRÁN BÁGUENA). La mezcla lítica protegería al aparato circulatorio de ciertas respuestas reflexógenas postagresivas, según se ha demostrado en el bloqueo experimental. Así, señala el reflejo colapsante (irritativo), el coronario-coronariano-constrictor, etc.; LIAN y CAHEN demostraron brillantemente el papel protector de la cura neuropléjica sobre los fenómenos reflejos de la ligadura coronaria.

Otra indicación de esta terapia se basa en su acción disminuidora de las resistencias periféricas, creando una circulación reducida, lo cual permite una suficiente entrega de oxígeno a los tejidos que tienen sus necesidades también disminuídas, y aquí hay que buscar, en esta reducción, la razón justificativa de su empleo en la insuficiencia cardíaca. La acción sedativa sobre el sistema adrenérgico frena el catabolismo, disminuyendo las exigencias periféricas sobre el corazón insuficiente y equilibrando la oferta y la demanda, «primus movens» de la insuficiencia cardíaca.

La conveniencia de la asociación neuropléjica a los cardiotónicos viene dada, además, por su acción paralela tonificante del corazón y disminuidora de las necesidades circulatorias. Y justamente asienta sobre estos dos hechos: un débito cardíaco inicialmente descendido, y segundo, la referida disminución de las necesidades circulatorias. Y justamente asienta sobre estos dos hechos: un débito ción de la estrofantina aumentan, juntamente, el rendimiento cardíaco. La estrofantina es el cardiotónico de urgencia, por su rápida acción y su escasa acumulación. Esta indica cuándo la insuficiencia hace su aparición en el curso del infarto de miocardio, y no se debe aplicar en la fase de hiperexcitabilidad erética. Son contraindicaciones la estenosis coronaria izquierda, la extrasistolia ventricular, la hiperexcitabilidad neurocirculatoria inicial, el colapso profundo, el bloque aurículoventricular, etc. Su adición a los neuropléjicos, sin embargo, disminuye los riesgos. Debe administrarse muy lentamente, gota a gota.

No debemos olvidar que la desconexión neuropléjica bloquea los mecanismos patogenéticos causantes de la hipotensión y suprime así la situación de colapso existente. Se ha señalado la conveniencia de añadir a este tipo de tratamiento la esparteína, como neuropléjico menor. Se fundamenta su aplicación por actuar sobre la «articulación funcional del corazón y sus nervios extrínsecos», liberando el corazón de las influencias del sistema neurovegetativo. Se puede emplear en los primeros momentos del infarto con insuficiencia e hiperexcitabilidad, como coadyuvante de la mezcla lítica. También al abandonar la cura neuropléjica continuando la acción desconexionante oponiéndose a los reflejos desarrollados por vía vagal. Favorecería también la continuación del tratamiento de la insuficiencia con estrofantina después de abandonar la cura neuropléjica, protegiendo así la circulación coronaria de la pretendida acción constrictora de la estrofantina. Las dosis de 0'20 a 0'30 gramos por día, en forma de sulfato de esparteína o canfosulfonato, son las habituales por vía intramuscular. El tratamiento neuropléjico se hace a las dosis preconizadas por BELTRÁN BAGUENA, BROUSTET, BRICUD, etc., de la mezcla lítica constituída por 50 miligramos de fenergán, 50 miligramos de largactil y 100 de dolantina. BELTRÁN BÁGUENA preconiza 6 c. c. de la mezcla, intramusculares, en la inducción, y luego, a las seis u ocho horas, empezar la perfusión endovenosa, gota a gota, de glucosado isotónico lo más lentamente posible, a través de la cual se administra medio c. c. de la mezcla (con largactil endovenoso) cada dos horas. Con esto se mantiene al paciente tranquilo, sin dolor y en un sueño superficial que le permita responder a los estímulos de cierta intensidad, siendo la dosis media total diaria de 6 a 10 c. c., habiendo utilizado BROSTET una dosis máxima de 20 c. c. para poder obtener en algún caso grave una sedación del dolor y una evidente mejoría del colapso. Para las secuelas dolorosas del infarto, la dosis de entretenimiento es intramuscular, de 1 a 4 c. c., repartidas en tres dosis cada ocho horas. La estrofantina se utilizará a las dosis habituales, pero

más dosificadas en dos o tres veces al día a través del gota a gota, adaptándose a las circunstancias de cada enfermo. SORRIBES y GIBERT-QUERALTÓ se encuentran satisfechos de esta asociación en la grave insuficiencia cardíaca del infarto de miocardio.

Las indicaciones para el empleo de los digitálicos son las mismas que en las circunstancias generales, o sea: si hay insuficiencia congestiva, fibrilación auricular o flutter, pero no en otros casos. No se recomienda la inyección intravenosa porque el corazón de estos pacientes es hiperirritable y también porque la digital puede desencadenar una arritmia grave si se da a dosis excesivas o con demasiada rapidez. Si está indicada la digitalización, se administrará hoja de digital por vía oral, a la dosis de 0'2 gramos, tres veces durante el primero y segundo días, dos veces el tercer día y, sucesivamente, 0'1 gr. dos veces al día, hasta que aparezcan los signos de digitalización completa.

En este plan terapéutico puede emplearse alternativamente 0'1 mg. de digitoxina por cada dosis de 0'1 gr. de digital. En los casos dudosos se dará un digitálico de acción rápida, de modo que pueda suprimirse rápidamente si se notan efectos nocivos; en este sentido, la digoxina o el lanatósido C son excelentes, pues se eliminan en veinticuatro o cuarenta y ocho horas. Las dosis efectivas de digoxina por vía endovenosa son de 1 a 1'5 mgr., y las de lanatósido, de 1'5 mgr., siempre fraccionadas. La dosis de mantenimiento de la digoxina es de 0'5 mgr., por vía oral, con algunas variaciones según los pacientes. FINK y colaboradores tratan los casos de infarto de miocardio con cedilanid, y emplean los glucósidos cardiotónicos cuando la presión venosa está aumentada. Según sus observaciones, en todos los casos de descompensación cardíaca, después de un infarto de miocardio, está indicado un tratamiento de saturación con cedilanid (0'8 mgr. = 4 c. c. = 2 ampollas) por vía intravenosa. BLUMGART recomienda también este tratamiento, pero administra 0'2 ó 0'4 mgr. de cedilanid, con intervalo de dos horas, hasta una dosis total de 0'8 mgr. i. v. KROETZ es muy prudente en el tratamiento de las insuficiencias cardíacas tras el infarto de miocardio. Inyecta 0'2 mgr. (un c. c.) de cedilanid por vía intramuscular, o lo administra por vía oral a la dosis de cinco gotas dos veces al día. Estas pequeñas dosis están especialmente indicadas en las extrasístoles ventriculares.

AKSEY y NEURATH dicen que la asociación de digital y quinidina proporcionó los mejores resultados al emplearla en enfermos con insuficiencia cardíaca congestiva más fibrilación auricular, como se demuestra por su influencia sobre la mortalidad, retorno al ritmo sinusal e incidencia de embolias, ruptura o muerte súbita. Estos autores dicen que todo caso de fibrilación auricular en el infarto debe tratarse con las dosis adecuadas de quinidina, a menos que el electrocardiograma muestre defectos de conducción o que la arritmia haya aparecido varios días después del comienzo del infarto y no exista insuficiencia congestiva. En aquel caso debe esperarse veinticuatro horas para ver si hay un retorno espontáneo al ritmo sinusal, y si hay insuficiencia congestiva, debe administrarse digital y quinidina, ésta a la dosis de 40 centigramos cada dos horas, siempre que no haya habido hipersensibilidad a la dosis inicial de 20 centigramos. Si la fibrilación auricular se presenta simultáneamente con el infarto, debe darse además sulfato de atropina a la dosis de 1'3 miligramos, por vía intravenosa, continuando con 0'5 miligramos por vía oral, tres veces al día.

Sin embargo, habrá que tener presente, aparte de todo lo dicho, que muchas veces basta con una dieta hipocalórica, con suspensión de sodio, empleando una sal de régimen (septasal), para prevenir la descompensación.

Muchas veces se habla de la repetición de un infarto; esto es posible, pero la mayor parte de los sujetos que fallecen con una crisis dolorosa precordial después de un infarto, lo hacen en fibrilación ventricular, que frecuentemente ha sido precedida de crisis extrasistólicas o taquicardia paroxística. Aquí la utilidad de adelantarnos a esta complicación, administrando preventivamente sulfato de quinidina a dosis de 15 centigramos tres veces al día, durante las dos primeras semanas, siempre que no exista contraindicación.

VIAR y HARRISON, en la arritmia cardíaca, recomiendan quinidina cada tres horas, empezando con 0'2 gr. y aumentando la dosis hasta obtener resultado. En la taquicardia paroxística en el infarto de miocardio, que puede ser por extensión del infarto a las aurículas, y según algunos autores puede ser peligrosa la digital intravenosa, debiéndose dar digital y quinidina asociadas, por vía intramuscular. Este sería el tratamiento a seguir, en general, en los enfermos de cierta edad. En la profilaxis y tratamiento de los ataques de fibrilación ventricular breves y recurrentes con buena conducción auriculoventricular, están indicadas la procainamida (Pronesty o Byocoryl) o quinidina intramusculares o intravenosas. Si no pueden darse por boca, sobre todo la primera, hay que darlas intravenosas. Es buena práctica dar de 0'25 a 0'50 gr. de Pronestyl o de 0'2 a 0'4 gr. de sulfato de quinidina cada seis horas.

El bloqueo atrioventricular es otra de las complicaciones del infarto de miocardio. En su primer grado tiene poca importancia y no requiere tratamiento. En los pacientes con bloqueo más acusado siempre hay el riesgo de que aparezcan latidos prematuros; tampoco en estos casos es necesario instituir un tratamiento específico, a no ser que aparezca el síncope y el ritmo sea extremadamente lento. Entonces se trata el ataque de la manera acostumbrada, o sea, con 25 a 50 miligramos de sulfato de efedrina por vía oral cada tres horas, o una infusión intravenosa lenta de clorhidrato de adrenalina al 1 por cien mil. VIAR y HARRISON, en el bloqueo cardíaco con síndrome de Adams-Stokes o sin él, epinefrina (adrenalina al 1 por mil) por vía subcutánea, 0'5 a 1 c. c. cada dos horas. Aunque pueda parecer arriesgado dar estos medicamentos en caso de infarto, hay que considerar el ataque de Adams-Stokes como una urgencia, que como tal requiere el tratamiento más eficaz a nuestro alcance.

Antes se intentaba mejorar el riesgo coronario mediante vasodilatadores (papaverina, derivados xánticos, etc.), o compensar la asfixia miocárdica regional mediante extractos musculares (Lacarnol Miosal, Myoston, etc.) o kelina; hoy en día están desprestigiados. Lo mismo podemos decir del empleo de sueros glucosados hipertónicos con este mismo fin.

Terapéutica anticoagulante.—Tiene su fundamento en impedir la formación de nuevos trombos en la zona del infarto o sus proximidades, evitar los émbolos originados en la coagulación intraventricular y prevenir las flebotrombosis. Por otra parte, las alteraciones circulatorias (disminución del volumen de expulsión, caída tensional, reacciones vasomotoras) favorecen la producción de trombosis arteriales. Además, el reposo prolongado en cama de estos enfermos facilita la formación de flebotrombosis en las venas de las extremidades, fuente, a su vez, de émbolos pulmonares.

Era de esperar que un tratamiento anticoagulante disminuyera la gravedad del infarto, sobre todo al reducir las complicaciones de la evolución del mismo. Los primeros ensayos de tratamiento de anticoagulantes en el infarto de miocardio fueron realizados por WEIGTH, en 1945. Desde entonces hasta la fecha, el número de publicaciones sobre los resultados conseguidos con esta medicación en el in-

farto de miocardio es numerosísimo. Dejando aparte las estadísticas de PETERS, GRYTHER y BRAMBEL (1946), y la de WRIGTH, PARKER y BARKER, MACKALL, GLUECK, etc., la impresión de conjunto sobre los resultados conseguidos es francamente favorable, tanto, que una Comisión médica oficial nombrada en Estados Unidos para emitir juicio sobre este problema, ni duda en considerar una falta el omitir su empleo sistemático. La estadística de WRIGTH, MARPLE y BECK (1948) resume la experiencia de la Comisión que acabamos de citar. Así llegamos a la reciente en que WRIGTH (1949-1953) ha publicado los resultados obtenidos en el tratamiento de ochocientos enfermos de infarto de miocardio, vistos en dieciséis clínicas norteamericanas, cuatrocientos treinta y dos de los cuales recibieron tratamiento anticoagulante, además de las medidas usuales, mientras que los trescientos sesenta y ocho casos restantes se dejaron como controles, es decir, recibiendo sólo el tratamiento clásico. En el primer grupo, el número de complicaciones tromboembólicas fué de un 11 por ciento (en el testigo, el 25 por ciento), con un 3 por ciento de muertes consecutivas a estas complicaciones (10 por ciento en el grupo de control). En total, gracias a la disminución de los accidentes tromboembólicos, la mortalidad global fué de un 15 por ciento en los tratados, frente a un 24 por ciento de muertes en los controles.

En resumen, puede decirse que la mortalidad se reduce a la mitad, y las embolias, a algo menos de la mitad, con esta terapéutica. Las dificultades en la valoración de un método terapéutico resaltan con toda claridad en el caso del tratamiento del infarto de miocardio con anticoagulantes. Después de los estudios bien planeados, con testigos, etc., realizados por las grandes asociaciones cardiológicas, parecía haberse llegado a la conclusión de que la terapia anticoagulante disminuía la mortalidad en los enfermos de infarto de miocardio, así como el número de sus complicaciones tromboembólicas. Es notable, por ello, que EVANS (1954), después de una revisión, con sentido crítico, de las publicaciones existentes sobre el particular, niegue valor al método, cuyos riesgos, por otra parte, son innegables. En opinión de EVANS, la mortalidad no sería menor en los enfermos tratados con anticoagulantes, y es dudoso si la frecuencia de trombosis es menor en ellos, ya que las cifras de las distintas estadísticas difieren muy ampliamente. En cuanto a la frecuencia de hemorragias en el curso de la terapéutica, es superior al 9 por ciento, y se conocen hasta ciento veintidós casos de muerte debidos a esta complicación.

Lo inseguro de todas las conclusiones a este respecto se confirma con el dato de que en la misma sesión en que EVANS hacía esta comunicación denegatoria, GILCHRIST (1954) refería su experiencia en cuatrocientos treinta y cuatro casos consecutivos de infarto de miocardio; la mortalidad fué del 42'2 por ciento, en los testigos, y del 19'5 por ciento, en los tratados con anticoagulantes. Estos tuvieron el 10 por ciento de complicaciones tromboembólicas, y los testigos, el 26 por ciento. Esto unido a que la muerte en el 43 por ciento de los casos fallecidos con infarto ha sido debida a fenómenos tromboembólicos, según la estadística de HELLERSTEIN y MARTIN, aconseja que se use siempre la terapéutica anticoagulante. Por otra parte, SOLDATI señala que los pueblos de raza latina tienen una menor frecuencia de complicaciones embólicas en el curso de una trombosis coronaria, que los anglosajones, por lo que no es posible superponer las estadísticas.

Como medicamentos anticoagulantes tenemos: la heparina, descubierta en 1918 por HOWELL. El mecanismo de acción, según LOEWE y colaboradores, es como sigue: 1.º Previene, con la ayuda de un cofactor plasmático, la conversión de la protrombina en trombina. 2.º Forma una fuerte antitrombina en unión de una

albúmina sérica. 3.º Previene la formación de tromboplastina. La acción de la heparina es inmediata, pero transitoria. Cuando se administran 50 mgr. (un c. c. de la solución al 5 por ciento) por vía intravenosa a un sujeto normal, se produce inmediatamente un aumento del tiempo de coagulación al triple del nivel inicial, todo lo cual dura una hora aproximadamente. En un plazo de cuatro horas, el tiempo de coagulación vuelve a su valor normal.

Dosis y vías de administración.—La heparina puede administrarse por vía intravenosa o intramuscular. No es activa por vía oral. Por vía intravenosa puede administrarse en forma de inyecciones corrientes, o por medio de un gota a gota. La dosis habitual, en el caso de las inyección discontinuas, es de 50 mg. cada cuatro horas, día y noche. MURRAY recomienda no prescribir una dosis fija, sino la necesaria en cada individuo para mantener un tiempo de coagulación que oscila entre quince y veinte minutos. BANER recomienda dosis más fuertes, 150 mg. por inyección, cada cuatro horas, pero respetando las horas de la noche. En el segundo día administra tres o cuatro inyecciones de 100 mg. cada una, siendo la última del día de 150 mg. En los días siguientes disminuye de forma paulatina las dosis parciales. JORPES preconiza también la administración de dosis fuertes, 400 a 500 mg. por día, repartidas en cuatro inyecciones de intravenosas, durante dos o cuatro días. Después baja la dosis diaria a 300 mg., en tres veces (a las nueve de la mañana, una de la tarde y de la noche), y, finalmente, a 200 mg. (100 a las nueve de la mañana y 100 a las nueve de la noche). Es necesario medir el tiempo de coagulación antes de empezar el tratamiento. Si es superior a quince minutos, se disminuye la dosis a la mitad, pero sin alterar su ritmo. No obstante, para conducir bien el tratamiento con Heparina es necesario efectuar dos pruebas: el «test» de la Heparina de TAKATS y el «tiempo de coagulación de la mañana».

La administración continua se practica para evitar las molestias de las inyecciones repetidas o para eliminar los cambios alternativos del tiempo de coagulación. Dos métodos se emplean: la infusión intravenosa continua, gota a gota, y el empleo por vía intramuscular de heparinas retardadas. La perfusión continua gota a gota intravenosa, puede hacerse disolviendo 100 a 200 mg de heparina en un litro de solución salina isotónica e inyectando a razón de 1 a 2 c. c. por minuto (algunos llegan a los 400 mg. de heparina). Se mide el tiempo de coagulación intermitentemente, por ejemplo, cada tres horas. Debe mantenerse entre quince y veinte minutos. En teoría, es técnica de heparinización mejor y la que menos expone a las hemorragias secundarias, pero tiene el inconveniente de que inmoviliza en la cama al enfermo, e introduce en el sistema circulatorio un volumen importante de líquidos. La heparina se ha usado también por vía subcutánea o intramuscular; el efecto es menor que por vía venosa, y además, los tejidos, sobre todo los músculos, la destruyen total o parcialmente, siendo además la inyección muy dolorosa. Se ha buscado la forma de preparar heparinas retardadas o lentas, asociando a la heparina alguna substancia que retrase su absorción una vez depositada intramuscularmente. Esto supone prescindir de una de las principales ventajas de la heparina, como es su rapidez de acción. LOEWE y HIRSCH emplean la heparina en una mezcla en la que cada centímetro cúbico lleva 100 mg. de heparina, 180 mg. de gelatina, 80 mg. de dextrosa, 0'001 c. c. de ácido acético glacial y agua destilada hasta 1 c. c.; es la llamada heparina en «menstruo» de PITKIN, intramuscular. La dosis que se aconseja emplear son de 400 mg. cada cuarenta y ocho horas, al principio; más tarde, se baja esta cantidad a 200 ó 300 mg., con igual intervalo, y a veces, en curas muy prolongadas, pueden bastar dosis de sostenimiento de 100 miligramos cada dos días, o más de tarde en tarde. Tiene el inconveniente de su pre-

paración, y el ser su inyección sumamente dolorosa. Otros, como MAC CLEERY, asocian a la heparina la caronamida. Para retrasar la eliminación renal de la heparina, pueden, por ejemplo, tomarse 4 gr. de caronamida por boca e inyectar después 50 mg. PUNDEL propuso diluir la heparina en una solución de polivinilpirrolidona (Subtosan), a la que añade navocaína. La mezcla a inyectar intramuscularmente, está compuesta de 160 mg. de heparina, 2'5 c. c. de Subtosán al 20 por ciento, y 2 c. c. de novocaína al 2 por ciento, cada veinticuatro horas. Algunos asocian la hialuronidasa a estas inyecciones intramusculares, para favorecer la reabsorción. La digital, según algunos autores (TAKATS, SCECHER, BEAUMONT, etc.), favorece la producción de trombosis y, en parte, contrarresta la acción de la heparina, por lo que será necesario aumentar la dosis de ésta cuando simultáneamente se haga digitalización del enfermo. En el comercio existen la heparina al 1 por ciento (cada c. c. contiene 10 mg. de heparina y 5 mg. de fenol), y al 5 por ciento (Rovi), así como la Heparina Angiotrófica (cada c. c. contiene heparina sódica, 25 mg.; clorobutanol, 0'005 gr., y agua destilada, un c. c.), etc.

Dicumarol.—Descubierto por LINK en 1941, afecta a la coagulación deprimiendo los valores hemáticos de la protrombina, aunque para ALLEN su verdadero mecanismo sea desconocido. El tiempo de sangría y la resistencia capilar no se modifican con el dicumarol. Igualmente, el tiempo de coagulación puede mantenerse normal. A veces se aumenta la velocidad de sedimentación de los hematíes y se retarda la retracción del coágulo. El dicumarol resiste la acción del jugo gástrico. Se absorbe fácilmente por el intestino, por lo que puede administrarse por vía oral y también rectal. El dicumarol empieza a tener acción sólo después de veinticuatro a cuarenta y ocho horas, es decir, cuando se produce cierto descenso del nivel de protrombina de la sangre. Esto es un inconveniente cuando se necesita actuar con rapidez.

Antes de administrar el dicumarol es necesario determinar el tiempo de protrombina, para conocer cuál es el nivel habitual de cada enfermo y además evitamos tratar casos con un déficit de protrombina (enfermedades difusas de hígado), con los peligros consiguientes que suelen llevar estos casos. Hay que mirar también el estado de la función renal, ya que el dicumarol se elimina por el riñón, y si éste es insuficiente, el medicamento se retendría, prolongando peligrosamente su acción. También hay que eliminar cualquier tipo de diátesis hemorrágica o causa local de hemorragia que pudiera existir.

Después de determinar el tiempo de protrombina, se administran 300 miligramos de dicumarol. El segundo día, la dosis es de 200 mgr.; el tercer día, antes de dar una nueva dosis, hay que determinar el tiempo de protrombina, que se repetirá ya todos los días o, por lo menos, cada dos días, durante todo el período que dure el tratamiento. La coagulación no se modifica hasta que la protrombina no disminuye considerablemente; por lo tanto, lo que hay que lograr es un descenso de la tasa de protrombina entre un 20 y un 30 por ciento. La dosificación, a partir del tercer día del tratamiento, ha de basarse sobre las cifras de protrombinemia que se encuentren o, mejor, sobre la tendencia ascendente o descendente de la curva de protrombina en sangre. Si el valor es mayor del 20 por ciento, se darán 200 miligramos de droga; si es menor del 20 por ciento, se suprime. Si el enfermo es muy sensible al efecto del dicumarol, aplicaremos 100 miligramos en lugar de 200, y si, por el contrario, el efecto es lento y no muy intenso, daremos 300 miligramos en vez de 200. Si el porcentaje de la protrombina disminuye rápidamente, pero es más del 20 por ciento, se suprime la administración; pero, por el contrario, si asciende el nivel protrombínico rápidamente, pero no

ha alcanzado aún el 20 por ciento, se administrará la droga aquel día. En efecto, una dosis adicional de dicumarol puede ser peligrosa aunque el nivel de protrombina sea superior al 30 por ciento, si en ese momento la curva de protrombinemia es descendente, lo que indica que las dosis dadas anteriormente continúan bloqueando la síntesis hepática de la protrombina. En cambio, habrá que dar más dicumarol, aunque la protrombinemia sea inferior al 30 por ciento, si la curva de protrombina está descendiendo, puesto que esto quiere decir que las dosis anteriores han dejado de hacer efecto y la protrombina se está recuperando, con el peligro de que el enfermo haga una nueva trombosis.

Las dosis diarias de sostenimiento suelen ser del orden de los 50 miligramos, o menos. En los tratamientos prolongados con índices altos de protrombina suele bastar tomar de 20 a 25 miligramos dos a cuatro veces al día; es decir, un mínimo de 40 y un máximo de 100 miligramos, según la respuesta.

Tiene sobre la heparina las ventajas de su administración oral y su menor coste; pero su uso deberá prescribirse únicamente cuando podamos hacer diariamente determinaciones del tiempo de protrombina, cuyo nivel deberá ser mantenido entre el 30 y el 20 por ciento de su nivel normal. Es evidente que la clave del tratamiento con este preparado es un servicio de laboratorio de absoluta garantía, siendo el método de Quick el más útil de todos. Esto, en muchos sitios, es un inconveniente, así como su efecto tardío y la prolongación de éste después de varios días de haber cesado su administración, lo que puede ser un grave contratiempo si el enfermo se hace una herida o tiene que ser operado urgentemente, y finalmente produce a veces complicaciones hemorrágicas graves. Ultimamente se emplea por algunos el Sintrom (acenocumarina).

Asociación heparina - dicumarol.—El empleo combinado de estos dos medicamentos está indicado muchas veces cuando se desea conseguir una acción anticoagulante rápida, pero también mantenida durante varios días. Se comienza siempre por la heparina, en las dosis indicadas, administrando simultáneamente dicumarol, 300 miligramos el primer día y 200 el segundo. Se continuará administrando heparina hasta que la protrombinemia desciende a un 30 por ciento, en cuyo momento se continuará sólo con el dicumarol. Si la tasa de protrombina en sangre asciende por encima del 30 por ciento, se darán nuevas dosis de heparina, hasta que con el dicumarol estabilicemos de nuevo los niveles bajos de protrombina. Es decir, con la heparina disponemos de un anticoagulante de acción rápida, capaz de suplir los inconvenientes de las variaciones lentas del dicumarol.

La norma seguida por GLUECK, STRAUSS, REARSON y MCGUIRE es la siguiente: En cuanto se confirma el diagnóstico y se determina el tiempo de coagulación y de protrombina, se administran por la boca 200 miligramos de dicumarol y se comienza una infusión continua intravenosa de un litro de solución glucosada al 5 por ciento, a la que se agregan 300 miligramos de heparina. La velocidad de infusión es, al comienzo, de veinte gotas por minuto, y posteriormente se regula de acuerdo con las variaciones del tiempo de coagulación, el cual se debe determinar cada cuatro horas y se procurará mantener entre ocho y diez minutos, para lo cual se requiere ordinariamente una velocidad de infusión de veinte a veinticinco gotas (a veces, hasta treinta y cinco gotas) por minuto. El tiempo de protrombina se determina por el método de Quick cada veinticuatro horas, y, según él, se administra dicumarol; si es superior al 30 por ciento, se hacen ingerir 100 a 200 miligramos; por el contrario, no se administra dicumarol si el tiempo de protrombina desciende del 20 por ciento.

Otro anticoagulante empleado es el *tromexano* o *tromexán*. Descubierto por ROSICKY en 1944, actúa provocando un descenso reversible de la protrombinemia; ejerce su acción por medio de la inhibición de la producción protrombínica en el hígado. Tarda en alcanzar su máximo de acción unas veinticuatro horas, en vez de las cuarenta y ocho de la dicumarina, y el tiempo de normalización del nivel de protrombina al dejar el medicamento está también acortado en esta misma medida. Estas son las principales ventajas. Las dosis necesarias son tres veces superiores a las de la dicumarina.

El tromexano se presenta en comprimidos de 300 miligramos, que pueden dividirse en dos partes iguales. Se administra por vía oral. DELLA SANTA administraba cuatro comprimidos de 300 miligramos durante los días primero y segundo; el tercer día, cuatro o tres comprimidos; el cuarto día, cuatro, tres o dos comprimidos, y bajando en los siguientes hasta dar un comprimido en las veinticuatro horas. Pero estas dosis, sobre todo las de los dos primeros días, son muy altas y peligrosas.

BICKEL y DELLA SANTA proponen otro esquema: primer día, tres comprimidos; segundo día, tres o dos comprimidos; tercer día, dos comprimidos; cuarto día, dos o uno, y a partir del quinto día, uno. HOYGE da como dosis inicial dos comprimidos (600 mgr.), seguidos de un comprimido cada seis horas; a las veinticuatro o cuarenta y ocho horas de la primera dosis se determina la concentración de protrombina, y según las cifras de ésta se hace la dosificación del medicamento para las próximas veinticuatro horas. Es importante dividir la dosis total de veinticuatro horas en cuatro o tres dosis parciales cada seis u ocho horas, respectivamente, ya que por la rapider de acción del tromexano, si se diera una sola dosis cada veinticuatro horas, los niveles de protrombina sufrirían fluctuaciones considerables y peligrosas.

La mayoría de los autores propugnan descensos entre un 20 y un 10 por ciento, para tener garantías sobre el efecto protector sobre la aparición de nuevas trombosis. Con el dicumarol es muy difícil mantenerse entre esas cifras, pero con el tromexano es más factible. Las dos principales ventajas del tromexano (rápida acción inicial y rápido control de posibles hemorragias) están disminuídas por la dificultad de establecer las dosis diarias de mantenimiento. Siempre deberá procurarse el control de la protrombinemia; cuando no se puede asegurar esta determinación, se vigilará la aparición de tendencia hemorrágica (patequias, gingivorragias, epistaxis, etc.). Teniendo en cuenta que la hemorragia menor más frecuente y precoz es la urinaria, es importante ver el sedimento urinario con regularidad, de preferencia utilizando alguno de los métodos de recuento conocidos. Otro método sencillo, que ha tenido cierta aceptación en Europa, es el método descrito por SOULIER y modificado por PEDRAZZINI y colaboradores. La prueba se efectúa de la siguiente manera: A una gota de tromboquinasa se agrega una gota de sangre de igual tamaño, obtenida de una punción del dedo. Se mezclan ambas gotas y se determina el tiempo que transcurre hasta que se produce la coagulación. Este método puede ser efectuado al lado de la cama del enfermo, y permite un control de la terapéutica anticoagulante en enfermos no hospitalizados. (Deberán hacerse, por lo menos, tres determinaciones y únicamente cuando no pueda practicarse el método de Quick.)

Se puede cambinar también el tromexano con la heparina. Otros medicamentos, como el Trombocid, Paritol, sulfato de dextrán, etc., no tienen la mayoría más ventajas sobre los reseñados, que su menor coste. Todos estos anticoagulantes tienen sus contraindicaciones y accidentes; así, la terapéutica con heparina puede dar

lugar a choques de tipo alérgico, después de la administración intravenosa, que son debidos a las impurezas más que a la heparina, y también a hemorragias, que no aparecen si no hay una causa local para ello, y que la heparina no afecta a los capilares ni aumenta el tiempo de hemorragias. La menstruación no contraindica el tratamiento con heparina; en cambio, es contraindicación administrar este anticoagulante dentro de las cuarenta y ocho horas que siguen a una intervención quirúrgica o un parto. Son también contraindicación de la heparinización las úlceras gastroduodenales sangrantes, las intestinales, así como toda lesión hemorragípara, cualquiera que sea su localización. Si se presentan, lo primero que se hace es la suspensión del medicamento, y si es preciso se recurre al sulfato de protamina en dosis de 50 miligramos, e inyectada lentamente normaliza la coagulación en quince minutos. En su defecto, puede utilizarse algún preparado de protaminacinc-insulina, cubriendo el efecto hipoglicemiante con glucosa; mejor aún es inyectar un poco de sangre fresca.

El dicumarol está contraindicado en las insuficiencias hepáticas y renales, úlcera gastroduodenal o intestinal, diátesis hemorrágicas, etc. Los accidentes hemorrágicos son más frecuentes y graves con el dicumarol que con la heparina. Las pequeñas hemorragias gingivales o renales (hematuria microscópica) son muy frecuentes. El tratamiento consiste en transfundir sangre fresca (250 c. c., la primera vez) y vitamina K hidrosoluble (60 a 100 mgr., que se repetirán a intervalos, según las necesidades). Sin embargo, actualmente son superiores en eficacia los preparados de vitamina K_1, y en especial el óxido de vitamina K_1. También se puede emplear el plasma citratado o liofilizado. Como la dicumarina es un tóxico vascular, se pueden emplear también los preparados de rutina.

Las contraindicaciones del tromexano son las mismas que con el dicumarol: insuficiencia hepática o renal, asistolia, causas locales de hemorragia, diátesis hemorrágica, etc. Para combatir estos accidentes hemorrágicos, que se presentan lo mismo que con las otras drogas, pero con menor intensidad y más fácilmente controlables, se emplearán transfusiones de sangre fresca e inyección intravenosa de dosis fuerte de vitamina K_1, de 200 a 340 mgr., por vía intravenosa. TOCHEY afirma que una dosis oral única de 500 mgr. de vitamina K_1 puede restablecer a niveles seguros la concentración de protrombina disminuída por estos medicamentos, en el término de cuatro a ocho horas. Con el tromexano basta una sola dosis; pero si se ha empleado dicumarol, se necesitan varias dosis repetidas.

Algunos autores, como RUSSEK, ISLAND y ZONMAN, se refieren al empleo «selectivo frente al rutinario» de los anticoagulantes en el infarto de miocardio agudo, y dicen que de sus experiencias obtenidas, los anticoagulantes no son necesarios para la gran mayoría de los enfermos que presentan su primer ataque de infarto de miocardio agudo, y no muestran criterios desfavorables en cuanto a su recuperación en el momento del primer examen. Añaden que aunque la aparición de signos de mal pronóstico es relativamente rara durante el curso ulterior de los enfermos clasificados inicialmente como de buen riesgo, tal fenómeno debe señalarse como una indicación clara para el empleo de anticoagulantes. Estiman que sólo aproximadamente el 30 por ciento de todos los enfermos exigen la terapéutica anticoagulante; pero que esta cifra baja no va en contra del valor establecido de dicho tratamiento en los casos de mal riesgo.

Se ha preconizado y usado por algunos el tratamiento profiláctico de las recidivas del infarto, por lo cual administran durante mucho tiempo, a veces años, un anticoagulante. Así, NICHOL y BORG comunican los buenos resultados obtenidos en sesenta y ocho enfermos que tomaron dicumarol durante cinco años. STEPHENS

hace también un tratamiento ambulatorio, profiláctico del infarto con pocas complicaciones hemorrágicas y buenos resultados. Se ha hecho ya algún ensayo de tratamiento abortivo del infarto de miocardio. Es interesante citar el trabajo de SLAPAK y PARTILLA (1949), quienes han conseguido la curación clínica y electrocardiográfica de cinco casos de infarto de miocardio reciente en plazo de pocas horas. Emplean para ello dosis de reparina de 200 miligramos, junto con eufilina, en dosis de 0'36 gramos, mezcladas en la misma jeringa. Estas inyecciones intravenosas las repiten a la hora, a las tres horas y, luego, en intervalos de cinco horas. La dosificación ulterior depende del curso y crasis sanguínea. Si este método terapéutico se inicia pasadas las tres horas del comienzo clínico del infarto, fracasa, según aquellos autores. El protocolo en que avalan su trabajo estos autores parece bastante demostrativo; pero hace falta, como es lógico, someter estos resultados a una comprobación.

Por último diremos que esta medicación no impide, naturalmente, la aparición de un nuevo infarto después del abandono de la terapéutica anticoagulante. De la plasmina, preconizada recientemente por CLIFFTON, no se conocen resultados aquí.

Otros medicamentos se pueden emplear preferentemente en la fase residual del infarto, como son los extractos de corazón embrionario, el yodo, hormonas testiculares, vitamina B_1, por su conocida acción en las alteraciones de nutrición del músculo cardíaco a dosis fortísimas, durante varios días (100 miligramos por día); los vasodilatadores coronarios, como la eufilina, aminofilina, papaverina, sulfato de atropina, etc. Actualmente, la heparina lipocaica de administración sublingual, sin efecto sobre la coagulación sanguínea y de reconocida eficacia por intervenir en el metabolismo de las lipoproteínas y convertir las fracciones no asimilables en asimilables. La dosis es de tres a seis grageas al día después de las comidas. Los antibióticos, cuando existan complicaciones respiratorias, especialmente la terramicina. No debe usarse la cortisona, porque probablemente retarda la renovación de las células necrosadas y la cicatrización.

El plan dietético será en los primeros días líquido, a base de leche, caldos calientes, jugos o zumos en escasas cantidades, que basten para cubrir las necesidades. En los casos graves que presenten vómitos, no les daremos más que líquidos azucarados, que contribuyen a combatir la acidosis; por ejemplo, zumo de frutas, de 600 a 800 c. c. al día, especialmente indicados en los casos que presenten signos de insuficiencia cardíaca. Cuando persiste el vómito o es incapaz de tomar líquidos por boca, deben inyectarse intravenosamente 50 c. c. de la solución de glucosa al 25 por ciento, dos veces al día, y una solución de glucosa al 10 por ciento, por vía rectal, gota a gota. La alimentación de estos primeros días cederá después su puesto a las papillas, y poco a poco irá haciéndose una alimentación más amplia, siempre con sustancias de fácil digestión, de poca capacidad de dilatar el estómago y de escasa permanencia en el mismo. El volumen alimenticio por cada vez será fundamentalmente pequeño. MASTER, JAFFE y DACK recomiendan que se suministre una dieta pobre, con el fin de reducir el metabolismo basal, lo que lleva consigo un retardo en el ritmo del pulso y la disminución del trabajo a realizar por el corazón; aconsejan una dieta diaria que en su composición lleve 100 gramos de hidratos de carbono, 45 gramos de proteínas y 35 gramos de grasas; en total, unas 900 calorías. HOCHREIN es más tolerante y da una dieta de 1.200 calorías en las dos primeras semanas. Nosotros creemos que el valor calórico de la dieta debe ser proporcionado al estado del enfermo y en especial al grado de insuficiencia circulatoria que presente. La dieta total debe administrarse en pequeñas tomas, eligiendo preferentemente aquellos alimentos que en su digestión produzcan la menor cantidad posible de gases. Al mismo tiempo debemos reducir el volumen de líquidos ingeridos, condicionándolos a la cantidad de orina que elimine el enfermo, sin sobrepasar nunca del litro y medio diario. También se recomienda que la alimentación sea pobre en grasas y colesterina. A partir de la tercera semana de la enfermedad, la alimentación puede aumentarse con carnes blancas, hortalizas de poco residuo y algunas frutas crudas.

El régimen ideal del sujeto con infarto de miocardio es el que, cumpliendo las condiciones anteriormente reseñadas, evite a todo trance dos peligros: el meteorismo y el estreñimiento. No son los vegetales y las frutas, ni los alimentos azucarados, los que más evitan el meteorismo; de ahí que haya que cuidar de dar al enfermo una alimentación bien distribuída, variada, con tendencia laxante, pero nunca productora de fermentaciones. Son frecuentes las alteraciones digestivas en estos enfermos; en efecto, presentan sensación de plenitud gástrica, ganas frecuentes de eructar, meteorismo y estreñimiento, molestias que son acentuadas por la administración de morfina. Debemos, pues, combatir sobre todo el meteorismo, ya que los gases contenidos en el intestino desplazan hacia arriba el diafragma y colocan el corazón en una posición anormal, lo que motiva una serie de sensaciones desagradables, al propio tiempo que perturba la dinámica cardíaca. Administraremos carbón (ultracarbón) con el fin de absorber los gases; aplicaremos calor local en abdomen y también se puede poner sonda en el colon; podemos dar Trasentina (Ciba). Para combatir el estreñimiento daremos laxantes del tipo de los preparados lubricantes (aceite de parafina, petrolagar, agarol, emuliquen, etc.). Existe aquí la prohibición de bebidas alcohólicas, café, así como del tabaco.

Con estas nociones se debe plantear el tratamiento de un infarto de miocardio, para el que no se pueden dictar normas rígidas, sino que en cada caso, según la evolución y las complicaciones, debemos ir manejando todas estas medidas. Asimismo se tendrá en cuenta para el tratamiento, sobre todo aquellas formas atípicas, de hipertensos, viejos diabéticos, etc., que necesitan tratar también su proceso vascular, endocrino, etc.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Está fundado en hallazgos obtenidos en oclusión coronaria experimental. MORITZ, HUDSON y ORGEIN demostraron las anastomosis intercoronarias inyectando solución coloidal de negro de humo; pero encontraron que se llenaban también los vasos parietales del pericardio, en los corazones con completa oclusión del saco. TICHI, experimentando en análogas condiciones, llega a la conclusión de que la oclusión total de la coronaria derecha en el perro, o la parcial oclusión de varias ramas, no porduce infarto cuando previamente se habían provocado amplias adherencias del pericardio, y que la vascularización de la red colateral varía más o menos directamente en relación a la constricción de los vasos coronarios principales. Señala el hecho de que interceptado hasta el 85 por ciento del área total coronaria, no aparecen alteraciones graves de insuficiencia si había adherencias pericardiomediastínicas, hasta el extremo de realizar el animal fuerte ejercicio sin sufrir grandes alteraciones.

MOYA y ACEBEDO demostraron la presencia de anastomosis vasculares entre el pericardio y mediastino, poniendo de manifiesto que las pericarditis plásticas constituyen base de aporte sanguíneo al miocardio. O'SHAUGKNESSI, ligando la arteria descendente anterior del perro, la sometía a ejercicio que era bien tolerado si previamente se injertaba un colgajo de omentum, por el que se establecía comunicación vascular con el miocardio. KUGEL demostró que el injerto aumenta con

nuevos elementos la circulación de miocardio empleando inyecciones de sustancias colorantes y por el estudio histológico de la fina capa de tejido existente entre el injerto y miocardio. En animales con oclusión coronaria experimental no se presentan alteraciones graves si previamente se ha injertado un colgajo de omentum; pero si posteriormente es éste suprimido o ligado, aparecen fuertes alteraciones si el animal se somete al mismo ejercicio. Apoyándose en estos hechos experimentales, comenzó en la clínica el tratamiento quirúrgico del infarto y sus consecuencias.

Así, en 1931, RENÉ LERICHE estudia los efectos de la denervación simpática de las coronarias. BECK, en 1935, produce, mediante irritación pericárdica, adherencias entre la circulación general y el miocardio. En 1935, O'SHAUGHNESSY une el epiplón mayor al miocardio (cardiomentopexia) para originar anastomosis extracardíaca. OCHSNER y DE BAKEY, en 1937, extirpan el tiroides produciendo mixedema con la idea de que al disminuir las necesidades de oxígeno cedieran las crisis anginosas. THOMPSON, en 1942, espolvorea con talco el saco pericárdico, al objeto de originar pericarditis adhesivas, técnica que fué modificada por BECK al año siguiente, empleando asbesto pulverizado. En el año 1946, FAUTEUX presenta un número crecido de casos por él operados mediante ligadura de la gran vena coronaria y neurectomía pericoronaria. Posteriormente, BECK propugna la conexión de la aorta al seno coronario mediante un injerto vascular. VINABERG realiza en el hombre la inserción de la mamaria interna en el espesor del músculo cardíaco. También desde el punto de vista quirúrgico, GOLDMAN (1952) emplea el fosfato crómico radiactivo en estado coloidal, el que, inyectado intrapericárdicamente, estimula grandemente el desarrollo de capilares intramiocárdicos. WALTON LILLEHEY presenta últimamente su técnica, que permite la desobliteración de la luz coronaria o su reemplazo por un injerto sano. Algunos autores proponen incluso la sutura del miocardio en los infartos que amenazan romperse.

PROFILAXIS

Parece a primera vista paradójico que hablemos de profilaxis en una enfermedad que puede producir la muerte en el primer acceso, sin haber tenido anteriormente el menor síntoma de alarma. Lo normal es que los enfermos aquejen pequeñas molestias en forma de pequeña disnea de ejercicio o, lo que es más frecuente, ligeros síntomas de opresión precordial, que se manifiestan también por el ejercicio o por disgustos o emociones. Si añadimos que los sujetos que aquejan dichas molestias suelen ser personas excitables, la mayoría de las veces con constitución hipertiroidea y que refieren su historia con gran lujo de detalles, se comprenderá lo cauto que debe ser el médico en tales casos y cómo debemos completar la exploración del enfermo y jamás diagnosticar ligeramente de neurosis cardíaca a un enfermo con molestias subjetivas circulatorias que haya pasado de la cuarentena. En esos casos jamás dejaremos de practicar un electrocardiograma.

Si con buena valoración de estos datos hacemos un diagnóstico de insuficiencia coronaria, entonces es cuando podemos establecer la profilaxis del infarto de miocardio. Desde este punto de vista, el reconocimiento sistemático anual de todas las personas por encima de los cuarenta y cinco años, y antes en los que exhiben una marcada predisposición, así como el reconocimiento electrocardiográfico en serie, son los mejores que se deben fomentar para hacer una verdadera profilaxis. También haremos profilaxis haciendo tratamiento de fondo encaminado a evitar los progresos de la arterioesclerosis, por medios que tratan de modificar la colesterolemia, bien por medio de dieta hipocolesterínica o produciendo aumento en la

excreción del colesterol mediante sustancias especiales (cloruro de hierro, fitoesteroles, etc.), o tratando de disminuir la colesterina sanguínea mediante la heparina o también tratando de modificar aquellos otros mecanismos tisulares que se cree intervienen en la génesis de la arterioesclerosis, mediante la administración de estrógenos, yodo y tiroides. Asimismo se hará también un tratamiento profiláctico etiológico: sífilis, diabetes, etc.

Algunos autores, como STERLING y NICHOL, dicen estar satisfechos con el empleo profiláctico de la dicumarina en los casos de esclerosis coronaria, teniendo enfermos en tratamiento por plazos que llegan ya hasta los tres años. Esta pauta estaría perfectamente justificada en los casos de trombosis coronaria recurrente y también en aquellas formas de esclerosis con angor en que la experiencia nos indica una muy probable e inminente complicación trombótica.

Puesto que el síndrome coronario intermedio es muchas veces el anuncio de un infarto amenazante, se ha empezado a utilizar el tratamiento anticoagulante con fines profilácticos (BEAUMONT, SMITH y PAPP), aunque no haya todavía evidencias estadísticas de su utilidad real a este respecto, merece ensayarse porque su fundamento es lógico. De decidirse su empleo, debe iniciarse en seguida, con arreglo a las pautas de administración preconizadas en el infarto. Poco se sabe de cierto sobre cuánto tiempo haya de prolongarse la terapéutica anticoagulante en estos casos. El mantenerla indefinidamente a título profiláctico del infarto, parece una medida excesiva y, en todo caso, difícil de llevar a la práctica. Por otra parte, sostenerla durante menos de tres semanas sería privarla de toda la eficacia profiláctica que se busca. En un terreno en el que todavía no hay experiencia extensa, el buen juicio del clínico habrá de ser su mejor guía. No obstante, las experiencias realizadas hasta ahora demuestran que una medida preventiva semejante, con anticoagulantes, continuada a veces durante varios años, ha disminuído sensiblemente la frecuencia del infarto en los pacientes afectos de angina de pecho y en los que habían padecido un primer infarto (BEAUMONT, SCEBAT, LENEGRE, 1954).

En el aspecto quirúrgico, BECK recomienda su operación, Beck I (creación de adherencias), como profiláctica en miembros de «familias coronarias» en las que se encuentra la enfermedad coronaria con mucha más frecuencia que en el resto de la sociedad.

Por último podemos señalar la importancia de las medidas profilácticas, sobre todo en materia de higiene y de dietética, que tratan de equilibrar los tiempos de trabajo y de reposo, la actividad intelectual y el descanso físico, de regular el régimen de la mesa o la puesta en juego de las reacciones emotivas, y, sin duda, es oportuno no olvidar la parte de equilibrio psicológico profundo, de comodidad y de seguridad, que confiere a la acción humana la paz íntima del alma cuando ella está de acuerdo con las exigencias morales y espirituales de su ser.

RESUMEN

Se hace una revisión de conjunto del infarto de miocardio, con la valoración de sus síntomas, medios auxiliares de diagnóstico, formas atípicas, etc., para, a la vista de éstos, llegar a la de su terapéutica y profilaxis. Los casos que se presentan no tienen más objeto que fijar conceptos, ya que el trabajo no tiende a la presentación de casos clínicos, sino a bosquejar el cuadro de enfermedad para poder realizar una mejor terapéutica.

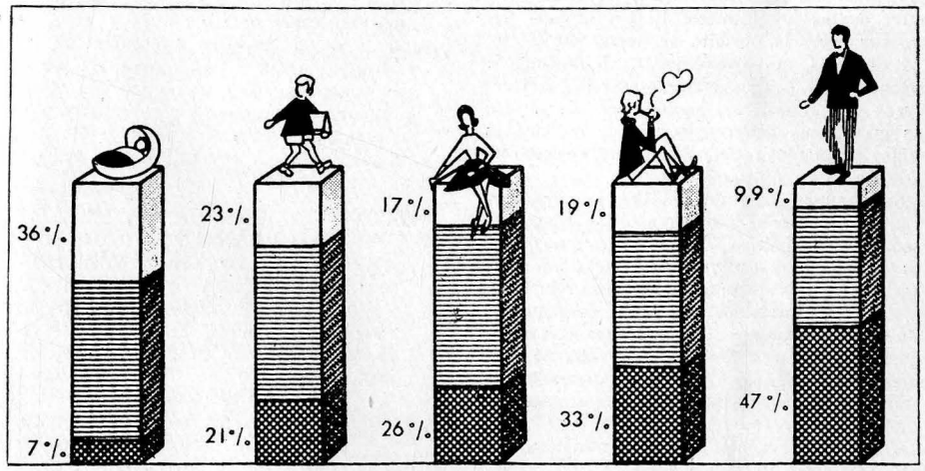
BIBLIOGRAFÍA

CLELAND.—Edic. *Rev. Clín. Esp.*, 2.216. 1950.
CARRERAS PICÓ.—*Rev. Clín. Esp.*, 34-7. 1953.
SELZER.—*Amer. Hear. Jour.*, 44-1. 1952.
LOWE y WARTMAN.—*Brit. Hear. Jour.*, 6-3. 1944.
RÓPEZ BRENES.—*Rev. Clín. Esp.*, 15-7. 1942.
VARELA DE SEIJAS.—*Rev. Clín. Esp.*, 30-6. 1950.
CARRERAS PICÓ.—*Rev. Clín. Esp.*, 15-3. 1957.
JUNG, F.—*Deutsch. Arch. Klin. Med.*, 188, 3, 8, 12. 1941.
BLUNGART.—*Jour. Amer. Med. Ass.*, 128, 10, 7, 7. 1945.
VELA M.—*Rev. Esp. Car.*, 1, 1. 1947.
LEY y SCHALANGINTWEIT.—*Munch. Med. Wschr.*, 43, 1.460. 1956.
CRESPO ALVAREZ.—*Cons. eneral Col. Med.*, 15, 12. 1947.
CALANDRE, SÁNCHEZ-PUERTA y VIVANCOS.—*Bol. Inst. Pat. Méd..*, 11, 11. 1955.
ISRAEL.—*Prensa Médica Argentina*, 38, 1.556. 1951.
RUSSEK, ZOHMAN, DOERNER, WHITE.—*Jour. Amer. Med. Ass.*, 147, 18, 29, 12. 1951.
RAAB, W.—*Rev. Clín. Esp.*, 15, 3. 1935.
ESTAPÉ, F.—*Bol. Inst. Pat. Méd.*, 6, 6. 1951.
VARELA DE SEIJAS.—*Bol. Cons. Gen. Col. Med.*, julio 1952.
CHAMBERS.—*Amer. Jour. Med. Scient.*, 213, 1. 1947.
ROSEMAN, M.—*Annal. Intern. Med.*, 41, 1. 1954.
FABRE y LINGUETTE.—*Arch. Mald. Coeur*, 47, 10. 1954.
GREGORICH, A.—*Med. Clín.*, 21, 5. 1953.
HERRICK.—*Jour. Amer. Med. Ass.*, 1912.
BLUMGART, SCHLESINGER y DAVIS.—*Amer. Heart Jour.*, 1940.
ORTIZ VÁZQUEZ.—*Act. Méd.*, 18, 2. 1957.
ALVAREZ BUYLLA.—*Medicamenta*, 20, 5. 1951.
DURÁN MOLINA.—*Rev. Clín. Esp.*, 15, 12. 1957.
BENOT, E.—*Trazos*, n.º 4. 1954.
ROF CARBALLO.—*Rev. Clín. Esp.*, 30, 8. 1944.
CALANDRE DÍAZ.—*Medicamenta*, 10, 4. 1950.
MINTS y KATZ.—*Arch. Int. Med.*, 80, 205. 1947.
BLUMGART y SCHLESINGER y ZALL.—*Arch. Int. Med.*, 68, 181. 1941.
PRJNZMETAL.—*Proc. Amer. Col. Phys.*, 4. 1948.
LÓPEZ BELIO.—*Rev. Clín. Esp.*, 27, 15, 4. 1953.
KIR KEBY, FELDMAN, GABRILOVE.—Edit. *Rev. Clín. Esp.*, LXII. 1956.
SLAPK.—*Cardiología*, 101, 22. 1953.
MILTON.—*Amer. Jour. Med. Scienc.* 224, 23. 1925.
BOULIN, UHRY y KAUFMAN.—*Pres. Med.*, 62, 5, 23, 1. 1954.
CHINSKY, KATUS y colab.—Edit. *Rev. Clín. Esp.*, 31, 12. 1956.
MORATO, T.—*Análisis Clínicos*, 1947.
WILHELM.—*Amer. Jour. Clin. Patho.*, 21, 2. 1951.
YOEUM y DOERNER.—*Arch. Ind. Med.*, 99, 74. 1957.
SACAPERE y GUERIN.—*Mond. Med.*, 962, 12. 1957.
PIÑEROS y CORPAS.—«Clínica Semiológica». Editorial Científico-Médica. 1956.
THONSON y FEIL.—*Amer. Jour. Med. Scienc.*, 207, 5. 1944.
KUUSISTO y TELKKA.—*Ann. Med. Esp. et Biol. Fenniac*, 32. Supl. 11, 1954.
JIMÉNEZ DÍAZ.—«Lecciones de Patología Médica», t. I. 1947.
ORTIZ VÁZQUEZ.—*Medicamenta*, 1, 5. 1952.
LÓPEZ BRENES.—*Bol. Cons. Gen. de Col. Méd.*, 5. 1949.
McQUAY EDWARDS y BURCHELL.—*Arch. of Inter. Medic.*, vol. 96, n.º 1, 1. 1955.
BOLAND, E. W.—*J. A. M. A.*, 114, 1.512. 1940.
HOCHREIN, M.—*Munch. Med. Wschr.*, 11. 1.789. 1930.
HOCHREIN, M.—*Munch. Med. Wschr.*, 16, 643. 1936.
HOCHREIN, M.—*Med. Klin.*, 42, 1.385. 1937.
LEVINE, S. A., y STEVENS.—*Amer. Heart J.*, 3, 253. 1928.
LEWIS, R.—*Heart*, 15, 305. 1931.
MASTER, A. M.; JOFFE, H. L. D., y DACK, S.—*Amer. Heart J.*, 12, 549. 1936.
LÓPEZ BRENNES.—II Congreso Nacional de Cardiología, 1947.
DUQUE SAMPAYO.—III Congreso Nacional de Cardiología, 1950.
YARZA.—*Gaceta Médica del Norte*, 140, 6. 1956.
SORRIBES-SANTAMARÍA.—*Rev. Clín. Esp.*, 15, 9. 1954.
ROMEO ORBEGOZO.—*Rev. Clín. Esp.*, 30, 7. 1944.
DUQUE SAMPAYO.—*Bol. Inst. Pat. Méd.*, 15, 1. 1946.
ROSENBAUM y LEVINE.—*Arch. Inter. Med.*, 68, 5. 1941.
PESCADOR DEL HOYO.—*Medicamenta*, 10, 3. 1945.
LOSADA TRULOCK.—«Orientaciones terapéuticas actuales». 1954.
BORNEN, EBERT y WILSON.—*J. Am. Med. Ass.*, 148, 1.370. 1952.
LAURANCE, ELLIS ERNEST, HANCOCK.—*J. A. M. A.*, 163, 445-450. 1957.
MILLER y BAKER.—*A. M. A. Arch. Int. Med.*, 89, 591. 1952.
ELLERSTEIN, BROFMAN, CASKEY.—*Am. Heart J.*, 44, 407. 1952.
WILSON y WARD.—*Jour. Amer. Med. Ass.*, 155, 3, 15, 5. 1954.
SAMPZON y ZIPSER.—*Circulation* 9, 1. 1954.
BLUMGART.—*our. Amer. Med. Ass.*, 154, 9, 1. 1954.
BENCHIMOL, SCHLESINGER y COTRIM.—*Cardiología* (Basilea), 16, 12. 1950.
BROUSTEL y colab.—*Medicamenta*, 12, 5. 1956.
SILVER, LEVIN, BECKER y LEVY.—*J. Am. Med. Ass.*, 147, 1.626. 1951.
SAMPSON y SINGER.—*Am. Heart J.*, 38, 54. 1949.
BROUSTET, BRUCAUD, GAZCAN, GABANIEU y HONTON.—*Presse Med.*, 63, 1.761. 1955.
SORRIBES-SANTAMARÍA.—*Rev. Clín. Esp.*, 2, 107. 1956.
VIAR y HARRISON-SOUTH.—*Med. J.*, 44, 5. 1951.
EDENS, E.—*Klin. Wochen.*, 23, 1. 1943.
ASKEY y NEURATH.—*Jour. Amer. Med. Ass.*, 128, 14, 4, 8. 1945.

RÁBAGO GONZÁLEZ.—*Rev. Clín. Esp.*, 31, 1. 1955.
MÁRQUEZ BLASCO.—*Bol. Con. Gral. Col. Medic.*, febrero 1951.
BLUMGART, H. L.—*J. Amer. Med. Ass.*, 154, 107. 1954.
FINK D'AANGIO, J. BILOON.—*Hour. Amer. Ass.*, 151, 1.163. 1953.
KROETZ.—*Munch. Med. Wschr.*, 88, 1.205. 1941.
RUSSEK, ISLAND y ZOHMAN.—*Jour. Amer. Med. Ass.*, 156, 20, 11. 1954.
ALVAREZ BUYLLA y BOTAS GARCÍA-BARBÓN.—*Rev. Clín. Esp.*, 47, 3244. 1953
LOFFER y SCHNEBIL.—*Deuls. Med. Wosch.*, 80, 4, 3. 1955.
LEE y O'NEEL.—*J. Med. Ass.*, 21, 555. 1956.
BRESNICK y colab.—*Nez. Engl. our. Med.*, 243, 13, 11. 1950.
MILLER y BEKER.—*Arch. Inter. Med.*, 89, 4. 1952.
EVANS.—*Proc. Roy. Soc. Med.*, 47, 318. 1954.
GILCHRIST.—*Proc. Roy. Soc. Med.*, 47, 317. 1954.
CLUECK, STRAUSS, PEARSON, MCGUIRE.—*Am. Heart J.*, 35, 269. 1948.
PARKINSON y BEDFORD.—*The Lancet*, 1, 4. 1928.
DELLA SANTA.—*Sch. Med. Wschr.*, 78, 956. 1948.
MOUGUIN, MACROZ y P. HATT.—Ed. G. Doin et Cie., París, 1955.
ALLEN, E.—*Jour. Am. Med. Ass.*, 134, 323. 1947.
DONZELOT, E., y KAUFMANN, H.—*Arch. Malad. Coeur et Vais*, 43, 229. 1950.
HOUGIE, C.—*The Lancet*, 2, 1.118. 1951.
VELA M., y colab.—*Cons. Gen. Med.*, 26, 1. 1949.
MURRAY, G. D.—*Arch. Sur.*, 40, 307. 1940.
PUNDEL, P.—*Presse Med.*, 76, 1.120. 1949.
WRIGTH, I. S.—*Ans. Int. Med.*, 30, 80. 1949.
WRIGTH, I. S.; BECK, D. F., y MARPLE, CH. D.—*The Lancet*, 1, 9. 1954.
SORRIBES-SANTAMARÍA.—*Bol. Cons. Gen. Med.*, 106, 1. 1957.
BECK y colab.—*J. A. M. A.*, 13, 437. 1948.
BLUMGART FREDBERG y colab.—*Am. Heart J.*, 36, 169. 1947.
HELLERSTEIN y MARTIN.—*Am. Heart J.*, 33, 4, 443. 1947.
O'SHAUGHRESSEY.—*Lancet*, 1, 185. 1937.
WRIGTH, MARPLE y BECK.—*J. A. M. A.*, 138, 1.047. 1948.
BECK y RICHART.—*Rev. Clín. Esp.*, 28, 2. 1957.

Dirección: San Francisco, 35, Tolosa (Guipúzcoa).

LA RESISTENCIA ESPONTÁNEA A LA POLIOMIELITIS



Reproducimos de «Le Concours Médical», de París, el resultado esquemático de mil novecientas setenta y tres encuestas suerológicas, anteriores a la vacunación (1958). La superficie cuadriculada representa el porcentaje de sujetos con los tres tipos de anticuerpos antipolio; la blanca, los que no poseen ningún anticuerpo, y la rayada, el de aquellos que tienen inmunización para uno o dos, de los tres tipos de anticuerpos.

Se aprecia en este cuadro de repartición por edades, que un sujeto de cada dos, de más de veinte años, es espontáneamente resistente a la infección poliomielítica.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 397. - TOMO LXVII
ABRIL 1959

LIBROS

AUTORES NACIONALES

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LAS DEMENCIAS PRESENILES (ENFERMEDADES DE ALZHEIMER Y PICK), *por el doctor* RICARDO PONS BAZÁN. *Un volumen (17 por 24'5 cm.) de 135 páginas, con 56 figuras, publicado en "Informaciones Psiquiátricas". Barcelona, 1958.*

CONSTITUYE la presente monografía la tesis doctoral del doctor Pons Bazán, quien tras una breve introducción, donde especifica los centros donde ha estudiado los veintidós enfermos que constituyen su casuística, y la ayuda recibida, estudia la frecuencia de las enfermedades de Alzheimer y Pick, revisando la literatura mundial en forma exhaustiva, encontrando un promedio de 55'18 años, para la primera de ellas, y 51'7, para la presentación de la segunda, con duración media de 6'4 y 8'5, respectivamente, con predominio en ambas del sexo femenino y constatándose antecedentes hereditarios. El profundizar sobre sus casos le permite encontrar en la mitad de ellos, aproximadamente, la influencia desencadenante de factores exógenos (infecciosos y traumáticos), siendo más discutibles las influencias geográficas y raciales, de las cuales no parecen deducirse conclusiones definitivas sobre el particular.

Expone con lujo de detalles las historias clínicas de dieciséis observaciones de enfermedad de Alzheimer, que le permiten sentar las bases del estudio clínico detallado del morbo, en sus tres clásicas fases: período inicial, constituído por síntomas demenciales con trastornos amnésicos; de estado, con acentuación progresiva demencial y síntomas focales afásico agnósico aprásicos; período terminal con demencia profunda y síntomas extrapiramidales.

A continuación, con gran detenimiento, historia seis casos de enfermedad de Pick, ejemplos claros de la evolución sindrómica, que analiza en sus períodos: inicial (comienzo insidioso, trastornos de conducta y atención, lenguaje, actividad, efectividad y tendencia a las estereotipias), de estado (duración de dos a cuatro años, con demencia progresiva y síntomas focales) y terminal (reducción a la vida vegetativa, siendo frecuente llegar a la caquexia con un hambre morbosa).

Ilustra sus investigaciones con el aporte de datos encéfalográficos en la totalidad de sus pacientes, cuyos protocolos y gráficas consigna, para deducir que en la enfermedad de Alzheimer no parece existir relación entre los trazados obtenidos y el estado evolutivo o intensidad del cuadro clínico (desaparición del ritmo alfa, desorganización de la actividad base, aparición de salvas de ondas lentas). En la enfermedad de Pick los trazados son más variados, observándose persistencia del ritmo alfa.

Investiga también estas enfermedades mediante otros exámenes complementarios para aclarar el diagnóstico, precisando que el líquido céfalorraquídeo y hemograma no presentan anomalías de relieve, si bien tampoco pueden considerarse como normales. En cambio, la encéfalografía gaseosa permite obtener datos interesantes cuando existe atrofia cerebral.

Los dos últimos capítulos los dedica a la exposición de los hallazgos anatomopatológicos en estas enfermedades y al establecimiento del diagnóstico diferencial entre ellas y diversos cuadros patológicos, de los cuales sólo conservan interés práctico con visos a la terapéutica los tumores cerebrales y parálisis general progresiva, entidades donde la ciencia médica puede ser útil.—LUIS DEL CAMPO.

DESRATIZACIÓN POR EL EMPLEO DE ANTICOAGULANTES SANGUINEOS SINTÉTICOS, *por los doctores* V. MATILLA GÓMEZ y G. PIÉDROLA GIL. *Un vol. (17 por 24 cm.) de 80 páginas, con 16 figuras. Precio: 40 pesetas. Publicada por el Instituto Español de Medicina Tropical. Madrid, 1959.*

RECOGEN los autores de esta interesante monografía su experiencia en las campañas de desratización mediante los modernos raticidas anticoagulantes.

Después de un detenido estudio de la epidemiología, género de vida, costumbres y tipos de enfermedades en cuya propagación, pos de enfermedades en cuya propagación y transmisión intervienen más o menos directamente estos roedores, revisan los diversos tipos de raticidas que hoy se disponen comercialmente, considerando que el grupo constituído por los anticoagulantes sintéticos, del tipo de los dicumaroles, tromexano, Ibis 152, etcétera, han constituído un eficaz avance para el desarrollo de estas campañas, por las características de los cebos, que no son rechazados por los animales, y por el tipo de muerte que les produce, que no origina la repulsión de los animales que sobreviven a los cebos.

Han estudiado experimentalmente en el laboratorio la utilidad de estos raticidas, así como las condiciones necesarias para una acción completa.

Como complemento de su trabajo, señalan los tipos de campaña que deben realizarse para llevar a efecto la desratización en casas particulares, en cuarteles, en viviendas campestres y especialmente en las campañas masivas de desratización de ciudades, que actualmente se han llevado a cabo con éxito en diversas poblaciones españolas.

Con el empleo de estos raticidas se ha conseguido hoy el poder llevar a cabo campañas eficaces con garantías de éxito, que deben mantenerse mediante la aplicación continuada de los cebos para evitar la repoblación.

Dada la importancia sanitaria y económica de esta parasitación, el trabajo que comentamos es de sumo interés y no dudamos se ampliarán las campañas de desratización con estas técnicas.—G. GUILLÉN.

AUTORES EXTRANJEROS

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES INTERNAS, *por el profesor doctor* FERDINAND HOFF. *Traducción de la séptima edición alemana, por el profesor* JOSÉ PLA JANINI. *Un vol. (17 por 25 cm.) de 545 páginas; encuadernación en tela. Editorial Labor, S. A., Barcelona-Madrid. 1958.*

ENTRE las obras del profesor Ferdinand Hoff conocidas en España gracias al acierto de las editoriales nacionales, destaca su «Fisiopatología», publicada por la Editorial Labor. De ella es un natural complemento la que motiva estos comentarios.

Quien haya leído las anteriores publicaciones del doctor Hoff, difícilmente resistirá la tentación de saber cómo tratar «prácticamente» las enfermedades internas quien tiene sobre su patogenia ideas tan personales, tan amplias y tan sugestivas, y adquirirá esta «Terapéutica», que mantendrá al alcance de su mano para resolver las dudas que sobre tratamiento de los diversos procesos crean las dispares opiniones expuestas en revistas técnicas. Seguir los consejos del doctor Hoff, tratar los enfermos según él lo hace, será actuar terapéuticamente con el firme apoyo de su indiscutible autoridad.

Mas una obra de Hoff en estas materias no podía ser un mero formulario. Antes de entrar en el capítulo en que con detenimiento se ocupa del tratamiento especial de cada una de las enfermedades, expone magistralmente los fundamentos generales de la terapéutica; y al ocuparse de los diversos procesos, apoya sus consejos en motivos fisiopatológicos que avaloran la utilidad e importancia del libro, en el que se aprecia el deseo del autor de hacer un trabajo eminentemente práctico, una obra para el médico que día a día ha de enfrentarse con problemas clínicos y precisa tomar rápidamente decisiones curativas. Sólo por esto, y para facilitar la labor, figura al final de ella una detallada reseña de los medicamentos citados en el texto, con referencia a su composición y laboratorio preparador.

Como la presentación de las obras de la Editorial Labor es siempre buena, no precisa encomios la que de ésta hace, siguiendo la línea tradicional, y no cabe sino felicitarle por el acierto en su traducción y publicación.—JESÚS SARDAÑA.

TRATADO DE PATOLOGÍA GENERAL Y ANATOMÍA PATOLÓGICA, *iniciado por el profesor* H. RIBBERT *y continuado por el profesor* H. HAMPERL. *7.ª edición. Un volumen (17 por 25 cm.) de 928 páginas, con 686 ilustraciones; encuadernación en tela. Editorial Labor, S. A., Barcelona - Madrid, año 1959.*

CUANDO una obra, a pesar del peso de los años, continúa mereciendo el favor y la atención de médicos y estudiantes del mundo entero, es evidente que encierra un valor sólido, a pesar de que algunos detalles y conceptos merezcan otras interpretaciones o se preste más atención a materias en otro tiempo menos conocidas y más superficialmente tratadas.

A mí, personalmente, me es muy grata esta obra, que estudié con interés en mi iniciación profesional y que me sigue pareciendo uno de los mejores tratados actualmente existentes.

Esta séptima edición, remozada, versión de la última edición original alemana (la 23.ª) mantiene el mismo empaque científico de obra sólida y bien conseguida. La selección imprecable de sus figuras, las fáciles descripciones la orientación clara y didáctica de sus co

ceptos, en los que el profesor Hamperl, anatomopatólogo de Bonn, ha sabido mantener las directrices originales de su iniciador, hacen que su actualidad se mantenga sin desmerecimiento de las primitivas versiones, allá por los años 1928-1930, en que aparecieron los primeros ejemplares. Una cuidada selección bibliográfica mantiene la obra al día, y su presentación, como siempre, es excelente y muy cuidada.—RICARDO HORNO LIRIA.

MALADIES DU NOURRISONS ET DES ENFANTS, *por el doctor* GERMAIN BLECHMANN. *Un vol (15'5 por 24 cm.) de 875 páginas; rústica. Precio: 7.600 francos. Gastón Doin et Cie. 8, Place de l'Odeón, París, 1958.*

ESTA última edición del tratado de Blechmann, sobre las enfermedades del lactante, está separada treinta y dos años, nada menos, de la primera de las ediciones que pertenecen a las «Consultations journalières». magnífica colección de libros médicos franceses en los que destacó siempre el afán didáctico, el llegar a conseguir para el lector de los mismos un resumen que evidencia muchas horas de labor que los autores hicieron por nosotros para poner a nuestro alcance todo lo que no pudiéramos saber de los problemas diarios de la Medicina.

Y bien saben conseguir esto los médicos franceses cuando se lo proponen.

Este libro, bien impreso, con letra clara, bien controlada su impresión incluso para que lo más trascendental destaque con otro tipo de letra sobre la poca teoría que el libro encierra, porque todo es Medicina vivida cada hora en la cabecera del enfermito, sabe dejarnos tranquilos con una sola mirada de sus páginas sobre el problema de cada día, con una didáctica que no admite posible superación.

Naturalmente que el fárrago de la Medicina actual llena de un total de clasificaciones y terapéuticas confusas, necesita mucho para estudiantes, para médicos no especialistas y para especialistas también, de quienes le ayuden a confirmarse en que es verdad absoluta lo que cada día vemos con nuestros enfermos delante.

Y este libro ayuda a esto con su sistema de exponer y hasta de ser bien impreso.

Leyéndolo se vive la vida profesional de un ejercicio constante que sabe pulsar lo más elemental de cada caso clínico y que sabe valorar la verdad en cada dato obtenido.

La primera parte de la obra trata de las *enfermedades del lactante*, y comprende su alimentación, las malformaciones congénitas, patología del recién nacido, los trastornos digestivos del lactante, los trastornos de nutrición, crecimiento y carenciales, la sífilis congénita, la cutirreacción y B. C. G., y, por último, las afecciones cutáneas.

La primera parte de la obra trata de las enfermedades de los niños en su segunda edad y mayorcitos, poniéndose al día de una forma clara y que deja muchas veces tranquila la actuación diaria de nuestro ejercicio clínico, con diagnósticos bien llevados y terapéuticas bien resumidas, en las que se destaca la eficacia verdadera de cada medicación en cada proceso.

Un décimo capítulo se ocupa de la muerte súbita del lactante, de los cuidados pre y postoperatorios del niño, de las vacunaciones asociadas y exigidas para los viajes en avión, de las técnicas de inyecciones, de los accidentes en el empleo de las más nuevas terapéuticas o patología terapéutica; de las quemaduras, envenenamientos e intoxicaciones; examen del oído, del fondo de ojo; rudimentos de cirugía infantil; de la penicilina y otros antibióticos fúngicos, y un capítulo sobre el estado actual de las causas de las distrofias y embriopatías.

Un libro, en fin, bien editado, claro, sencillo, didáctico, de G. Doin et Cie., Editores, que cumple de sobras su propósito y nos ayudará cada día a mejor ver nuestros enfermos y mejor tratarlos, y que sabe evitarnos el perder el tiempo.—A. MALLÓU LABRADOR.

EXPOSES ANNUELS DE BIOCHIMIE MEDICALE, *publicados bajo la dirección de* P. BOULANGER, M. F. JAYLE *y* J. ROCHE. *Un vol. (16'5 por 25 cm.) de 248 páginas; rústica. Precio: 3.500 francos. Masson et Cie., Editeurs. 120, Boul. Saint Germain, París, 1958.*

NOS parece acertada la nueva orientación que los editores han dado a esta última serie de «Exposés annuels de Biochimie Médicale», iniciadas y publicadas anualmente bajo la dirección del malogrado profesor Polonowski, en los dos aspectos que, en cierto modo, pueden considerarse novedad: la tendencia a darle un carácter casi monográfico o de «symposium», y la colaboración amplia de autoridades extranjeras.

En esta edición se ponen al día, de forma sucinta, los conceptos actuales sobre estructura y anabolismo de la hemoglobina, destacando, a nuestro modo de ver, las colaboraciones de Benard, Ingram, Jonxis, London y Neuberger.

Interesantes también los capítulos sobre lisomas, redactado por el propio Duvé, y los de bioquímica de la tuberculosis, la artritis reumática y núcleo celular.—PROF. ANDRÉS PIÉ.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 397. - TOMO LXVII
ABRIL 1959

REVISTAS

NACIONALES

MEDICINA

CALVO MELENDRO, J., y SÁNCHEZ-MALO DE CALVO, P. (Soria).—«ACROPARESTESIA DE SCHULTZE-PUTNAM Y SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO.» «*Medicina Clínica*», *núm. 6, t. XXXI, págs. 414-417, diciembre 1958. Barcelona.*

CREEMOS que el síndrome de acroparestesia, observado por nosotros con mucha frecuencia en los últimos años, siempre en mujeres jóvenes, dedicadas intensamente a las labores caseras, corresponde clínicamente a las acroparestesias esenciales descritas por Putnam y Schultze. Las circunstancias en que se ha desarrollado y el resultado favorable de la inmovilización en las articulaciones de la muñeca, nos hacen pensar en que el trauma ocupacional intenso y repetido provoca una neuritis del mediano a su paso por el túnel carpiano. Pensamos que todos o casi todos los casos descritos como acroparestesias esenciales, incluso las del embarazo y menopausia, tienen la misma patogenia. La experiencia personal nos hace rechazar la idea de una afección radicular por compresión nerviosa a la salida de las raíces raquídeas o en su trayecto inicial.

Aunque el síndrome es benigno y sin graves consecuencias ulteriores, queremos llamar la atención de los médicos de visita domiciliaria, los cuales tendrán más ocasiones de observar esta dolencia, siendo relativamente fácil aliviarla teniendo en cuenta el punto de vista patogénico que hemos admitido.—AUTORRESUMEN.

APARATO RESPIRATORIO

SEÑARIS BELLO, J. (Santiago). — «QUISTE HIDATÍDICO DE PULMÓN; BASES DE SU TRATAMIENTO ACTUAL.» «*Galicia Clínica*», *número 2, t. XXXI, págs. 105-124, febrero de 1959. La Coruña.*

EN resumen: Se hace una ligera revisión de los datos histopatológicos y clínicos que condicionan las terapéuticas quirúrgicas actuales. Se indica nuestro proceder: eliminación en un tiempo de la masa quística o exéresis en bloque de la vesícula hidatídica y del tejido pulmonar patológico circundante. — AUTORRESUMEN.

TISIOLOGÍA

SAYÉ, L. (Barcelona). — «EPIDEMIOLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS EN BARCELONA.» «*Medicina Clínica*», *t. XXXI, núm. 6, págs. 406-414, diciembre 1958. Barcelona.*

EN España, la mortalidad por tuberculosis ha sido, en 1950, 105'1 por 100.000; en 1953, 40'4, y en 1956, 33'2. En Barcelona, en 1902, la mortalidad fué 302 por 100.000; en 1947, 135'5; en 1955, 17'5; en 1956, 19'7 y en 1957, 21'6. En este año, la proporción en los hombres ha sido 30'3, y en las mujeres, 14'1. La reducción más importante de la mortalidad se ha observado en la infancia y hasta los 20-29 años; en esta edad, la proporción ha aumentado en los hombres progresivamente hasta 109 en los de más de 70 años, y en las mujeres, la proporción ha sido de 17'7, a 20-29 años; de 17'2, en las de más de 60 años, y de 33'8, en las de más de 70. La morbilidad ha disminuído en número y en gravedad. Una proporción elevada de los procesos observados hasta los 30 años es de origen primario, ganglionar o ganglio-broncopulmonar, y en los adultos, formas crónicas por reactivación de antiguas lesiones o por recaídas de procesos tratados recientemente. La frecuencia de la infección en los alumnos de la Universidad de 16 a 29 años disminuye progresivamente desde 1950, y en forma más acentuada, en las mujeres. En 1957, en un grupo de 764 alumnos, el 14'6 por ciento de los hombres y el 29'3 por ciento de las mujeres reaccionaron negativamente a la tuberculina y a la cuti-BCG.

El examen de la evolución reciente de la mortalidad por tuberculosis del aparato respiratorio, en 1955, según la edad y el sexo en diferentes países, permite distinguir tres grupos: 1.º En fase de destuberculización avanzada (Dinamarca, Suecia, Holanda, Estados Unidos, Canadá, Noruega, Israel, Australia y Nueva Zelanda). Las características epidemiológicas son: supresión o reducción al mínimo de la mortalidad por tuberculosis en la infancia y la juventud, proporción muy

reducida en la edad adulta, sin diferencias importantes entre la de los hombres y la de las mujeres, y aumento después de los 70 años. 2.º En fase de destuberculización inicial (Inglaterra, Francia, Alemania, España, Bélgica, Ceylán, Austria, Suiza e Italia). En estos países, la mortalidad en la infancia y juventud es muy baja, y en algunos, en la infancia es nula, como en el Sarre y en Berlín del Oeste; la mortalidad aumenta especialmente en los hombres y también en las mujeres en la vejez. 3.º En fase de disminución acelerada de la mortalidad (Finlandia, Portugal y Japón). Se ha comprobado la disminución considerable de la mortalidad en la infancia en Finlandia y en el Japón, en los que se practica la vacunación obligatoria con BCG desde el nacimiento y en la edad adulta, y las cifras de mortalidad son muy elevadas especialmente en el hombre adulto y también de las mujeres, y en la vejez. En el Brasil, en 1946, en la mayoría de las capitales, la mortalidad por tuberculosis era superior al 300 por 100.000. Todas las características epidemiológicas, la letalidad, la morbilidad y la frecuencia de la infección, han mejorado desde 1947, al mismo tiempo que la mortalidad ha disminuído en la proporción del 65 por ciento; pero en 1955 se ha comprobado el aumento de la mortalidad en dieciocho capitales.

A los fines de la profilaxis en la fase actual de la tuberculosis, los factores a considerar en los distintos países, son: las características epidemiológicas, la obra antituberculosa en curso y el progreso económico y social en el período previo inmediato al empleo de las nuevas medicaciones y su evolución hasta la actualidad. La finalidad ha de ser la supresión de la infección, indirectamente, mediante el tratamiento de los enfermos bacilíferos en sanatorios u hospitales, o a domicilio, con la debida aplicación de las normas profilácticas a sus familiares, y el examen sistemático y periódico de los infectados, con radiografía, tratando con las nuevas medicaciones las fases iniciales del viraje de la reacción a la tuberculina y a los portadores de imágenes anormales sospechosas de su naturaleza tuberculosa en el tórax, excepto en los casos de pequeñas lesiones residuales de procesos benignos; y combatiendo la tuberculosis del ganado. Y, directamente, mediante la vacunación con BCG de toda persona de cualquier edad no infectada.—AUTORRESUMEN.

EXTRANJERAS

APARATO DIGESTIVO

INGLESSE, R. (Bologna).—«UN SIGNO PRÁCTICO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA PARÁLISIS INTESTINAL.» *(Un signo pratico per la diagnosi di paralisi intestinale.)* «*Gior. Clin. Med.*», *39, 9, 1.456. 1958.*

EL diagnóstico diferencial entre oclusión intestinal y parálisis intestinal no siempre es fácil de hacer y, naturalmente, esto repercute sobre la conducta terapéutica a seguir.

El autor propone un signo diagnóstico fácil de recoger y que permite conocer la existencia de parálisis intestinal.

Con el enfermo semisentado en la cama, el abdomen se divide en dos zonas: la infraumbilical, que aparece mate a la percusión, y la supraumbilical, con timpanismo percutorio. Al modificarse los decúbitos, se altera también la situación de esta zona de matidez inferior.

El fenómeno se debe a que las asas intestinales paralizadas están descendidas, llenas de líquido y como pendientes de su pedículo mesentérico.

Este signo no se encuentra en los casos de obstrucción intestinal ni tampoco en los casos de simple ptosis intestinal, en que las asas conservan su timpanismo. Su valor diferencial es, pues, notable, según el autor.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

PATOLOGÍA GENERAL

LODI, A., y BARBOLO, R. — «CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA ACTIVIDAD CORTICOSUPRARRENAL EN EL TRAUMA OPERATORIO.» (*Contributo allo studio dell'attivita corticosurrenale nel trauma operatorio.*) «*Arch. Pat. Clin. Med.*», *35-6-467. 1958.*

COMO una aportación al estudio de la llamada enfermedad operatoria, los autores llevan a cabo una investigación del funcionamiento suprarrenal en el postoperatorio de 46 enfermos sometidos a diversas intervenciones.

Comprueban las modificaciones de los 17-cetosteroides y de los glucocorticoides en orina, así como los niveles de sodio, potasio y cloro en sangre, en los diez primeros días del postoperatorio.

En un grupo de operados de tórax y abdomen, aumenta la excreción de 17 Ks. y de glucocorticoides, manteniéndose estas cifras elevadas al cabo de los diez días. Análoga respuesta ocurre en el metabolismo de los electrolitos.

En otro grupo de operaciones menores, las modificaciones son más discretas, volviendo prontamente los valores a lo normal.

Los autores interpretan los resultados en el sentido de que en presencia de un trauma grave, las necesidades de glucocorticoides aumentan, con predominio sobre los andrógenos. En las pequeñas operaciones, la respuesta es mucho menos marcada.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

PSIQUIATRÍA

PREVENCIÓN DEL DELITO DEL ENFERMO MENTAL. «*Minerva Médica*», *n.º 21, marzo 1958. Torino.*

LA importante revista médica italiana «Minerva Médica», dedica íntegramente su número 21, correspondiente a la fecha de 14 de marzo de 1958, al estudio de «La prevención del delito del enfermo mental». Consigna las reseñas de las comunicaciones presentadas a lo que en Italia llaman «convegno» «entrevista», equivalente a las jornadas médicopsiquiátricas celebradas en Varese el 28 de abril de 1957.

Desfilan por sus páginas las comunicaciones presentadas por los doctores y profesores italianos, Aschieri, Sandri, Simonini, Fabbri, Garavaglia, Benassi, Goria, Simonetti, Mariani, Arian, Sagripanti, Taverna, Beluffii, De Martis, Mirelli, Perniola y Poerio. Todas ellas pueden calificarse de trabajos meritorios, que abordan la totalidad de problemas que desde el punto de vista de la delincuencia o conflictos con las leyes, plantean los enfermos mentales, en sus distintos tipos, características de los mismos y forma de prevenirlos, exponiendo esquemas o medidas a tomar, tanto en los institutos de labor asisten externa, como dentro de los nosocomios. LUIS DEL CAMPO.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

BRET, A. J., y COUPEZ, F. J. (París). — «LA COLPOSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS LESIONES CERVICALES.» «*La Presse Médicale*», *núm. 91, págs. 2.062-2.064. París, diciembre 1958.*

LA gran extensión que la citología ha adquirido en el campo hormonal y su aplicación para la investigación del cáncer genital ha atraído de nuevo la atención de los clínicos sobre la patología del cuello uterino.

La colposcopia, método de examen aplicado en Alemania por Hinselmann, varios años antes de los trabajos de Papanicolau, no había tenido, hasta hace poco, más que una lenta difusión en los países de lengua alemana y en Sudamérica. Hoy, gracias a las apasionadas discusiones provocadas por los resultados de la colpocitología, la colposcopia proporciona un complemento necesario e imprescindible para una investigación y selección cuidadosa de los casos, alcanzando una actualidad que nadie puede negar.

Los autores nos dan en este trabajo, al que aportan unos maravillosos clisés en color, una somera descripción de la técnica y semiología, describiendo las imágenes de atipias benignas, dudosas y sospechosas, precisando los límites y posibilidades de este método de examen.

En este sentido, como ya en nuestro país han puesto de relieve numerosos colegas, la colposcopia puede proporcionar una precisa ayuda.

Tras un aprendizaje, que los progresos de la técnica fotográfica hace fácil, permitirá al ginecólogo el tratamiento rápido de un gran número de atipias consideradas como benignas, pero cuya evolución es responsable de afecciones inflamatorias o distróficas de un porvenir mucho más reservado y sospechoso. Por sí sola no permite nunca el diagnóstico de cáncer, pero es indispensable para el hallazgo de las formas de comienzo, aumentando así ampliamente las posibilidades de curación, en una afección todavía mal conocida y muy a menudo mortal, para ser reconocida a la ligera.—RICARDO HORNO LIRIA.

TISIOLOGÍA

PARRELLA, M.—«INVESTIGACIONES SOBRE LA REACTIVIDAD CUTÁNEA A LA HISTOPLASMINA.» *(Indagini sulla reattivita cutanea all'histoplasmina.)* «*Archiv. di Tis. e Mal. Ap. Resp.*», *13, 598. 1958.*

LA enfermedad que fué descubierta por Darling, en Panamá, hace medio siglo, no es sólo una curiosidad y patrimonio de los hispanoamericanos, sino que van conociéndose casos en el resto del mundo. En quinientas ochenta y una personas mayores y en treinta y nueve niños se hicieron las investigaciones apropiadas con intradermorreacciones al título de 1/100 e inyección de 0'10 de la solución de histoplasmina, encontrando un caso que padecía la enfermedad, con el aspecto radioscópico y radiológico de la afección pulmonar. Representa el hallazgo el 0'16 por ciento de los investigados.—SAMITIER.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 397. - TOMO LXVII
ABRIL 1959
CONGRESOS Y ACADEMIAS

ESCUELA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA «GALLART MONÉS»

SERVICIO MÉDICOQUIRÚRGICO DE PATOLOGÍA DIGESTIVA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, DE BARCELONA

Director: A. GALLART-ESQUERDO

SESIÓN DEL DÍA 30 DE OCTUBRE DE 1958

BARBERÁ VOLTAS, J. — «IMPRESIONES DE MI ASISTENCIA AL VIII CONGRESO BRASILEÑO DE PROCTOLOGÍA, CELEBRADO EN RÍO DE JANEIRO DEL 9 AL 11 DE OCTUBRE DE 1958.»

DESPUÉS de exponer de manera breve la impresión turística que le produjo la ciudad de Río de Janeiro y sus alrededores, documentada con la proyección de hermosas fotografías en colores, el comunicante se ocupa de las tareas del VIII Congreso Brasileño de Proctología. La inauguración tuvo lugar en el salón de actos del Hotel Gloria, con asistencia del presidente de la República Federal, doctor J. Kubitschek. Después del discurso de apertura del señor ministro de Sanidad, doctor Mario Pinotti, tomaron la palabra los doctores Américo Bernacchi, presidente del Congreso, y el secretario general, doctor Edmundo Vasconcellos.

Los temas oficiales del certamen fueron los siguientes: 1) «Hemorroides», por el doctos Raúl Pitanga Santos, de Río de Janeiro; 2) «El pre y postoperatorio en proctologia», por el doctor Stanislau Kaplan, de Río de Janeiro; 3) «Cáncer avanzado del recto», por el doctor Fernando Gentil, de Sao Paulo, demostrando todos ellos un profundo conocimiento de los temas expuestos.

Con carácter extraordinario, y especialmente invitados para colaborar en tal congreso, pronunciaron conferencias los doctores: Miguel J. Marchese, de Buenos Aires, sobre «Diagnóstico diferencial del cáncer de recto-sigmoide»; Abel Chifflet, de Montevideo, sobre «Bases anatómicas para la cirugía del recto»; R. Venancio Tajes, de Montevideo, sobre «Reflexiones sobre la ileostomía»; Emil Graner, de Nueva York, sobre «Nuevos conceptos de la anatomía anorrectal y anorrectoplastia»; Edwin Parker Hayden, de Boston, sobre «Métodos de tratamiento del cáncer del recto y cirugía del prolapso completo del recto»; Henry R. Thomson, de Londres, sobre «Cirugía del cáncer del colon y del recto» y «La proctología en el Hospital de San Marcos»; J. Barberá Voltas, de Barcelona, representando a la Escuela de Patología Digestiva «Gallart Monés», sobre «Tumores epiteliales precancerosos del recto» y «Diagnóstico rectosigmoidoscópico de la rectocolitis mucohemorrágica».

El VIII Congreso Brasileño de Proctología, desarrollado en la más cordial camaradería, revistió la máxima importancia por su perfecta organización y singularmente por su elevado contenido científico, avalado por las ponencias oficiales, por las conferencias magistrales de los profesores extranjeros invitados, por el gran número de comunicaciones presentadas y por los numerosos congresistas asistentes.

Finalmente, el conferenciante expresa su gran satisfacción y agradecimiento a la Escuela de Patología Digestiva «Gallart Monés» por haber sido elegido para ostentar la representación en tan relevante certamen científico, y a la Sociedad Brasileña de Proctología, por las innumerables atenciones recibidas.

SESIÓN DEL DÍA 6 DE NOVIEMBRE DE 1958

DE LAS CASAS, P., y COLL-MONEGAL, S. «ULCERAS DUODENALES POSTBULBARES.»

SE presentan once casos de úlcera postbulbar. Los autores creen que se diagnosticarían con mayor frecuencia si se pensase más en ellas y se explorasen mejor los enfermos a rayos X. Con respecto al total de úlceras duodenales asistidas en el Servicio, la frecuencia es del 1'2 por ciento. En todos los casos se han encontrado las imágenes radiológicas características de espasmo y retracción en las porciones proximal y distal al nicho. La sintomatología es semejante a la del resto de úlceras gástricas y bulbares. La hemorragia se presentó en el 18 por ciento de los casos, y la perforación, sólo en uno de ellos. Opinan que el tratamiento debe ser semejante al del resto de úlceras, sin que deban tomarse decisiones quirúrgicas prematuras.

SESIÓN DEL DÍA 13 DE NOVIEMBRE DE 1958

BARBERÁ VOLTAS, J. — «HERNIA DIAFRAGMÁTICA Y DIVERTÍCULO DUODENAL.»

APORTA un caso de concomitancia de divertículo duodenal y hernia diafragmática. En una enferma de 65 años, que de toda su vida sufre acidez, acusando con frecuencia peso, tirantez e hinchazón en el epigastrio después de las comidas. En ocasiones, discretos dolores de estómago, unas veces inmediatamente, otras al rato de las comidas, que calman generalmente con alcalinos, pasando temporadas largas unas mejores que otras, pero nunca bien del todo. Hace veinte años, melena abundante, habiendo presentado hasta la actualidad seis melenas más. La exploración radiológica pone de manifiesto un divertículo duodenal y una hernia diafragmática. A los efectos didácticos reseña que dicha enferma, antes de acudir a la consulta, fué diagnosticada primero de ulcus duodenal, y más tarde, de divertículo, reiterando la necesidad de su extirpación, sin que nadie hubiese pensado en la hernia diafragmática concomitante. Señala que las hemorragias por diverticulitis son raras y clínicamente difíciles de precisar, estando obligados en semejantes casos a buscar una posible asociación con otras afecciones susceptibles de sangrar. Insiste en que solamente un estudio clínico detenido y una exploración radiológica completa, sin olvidar la encrucijada cardioesófago-diafragmática permitirá llegar a un diagnóstico preciso, indispensable para establecer una correcta indicación terapéutica. Subraya que mientras no se tenga la seguridad demostrada de que el divertículo sea la causa única determinante de los síndromes que presenta el enfermo, debe andarse con mucha cautela antes de proponer la exéresis, poniendo como ejemplo la enferma presentada, ya que de aceptar las reiteradas propuestas de una actuación quirúrgica limitada al divertículo, hubiera quedado expuesta a sufrir una continuación de los accidentes hemorrágicos por la hernia diafragmática asociada ignorada.

HOSPITAL MUNICIPAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

REUNIONES DEL CUERPO FACULTATIVO

SESIÓN DEL DÍA 9 DE ENERO DE 1949

CONDEMINES PEREÑA, J. — «INJERTO NEOPLÁSICO POR PUNCIÓN BIÓPSICA HEPÁTICA.»

SE presenta un enfermo al que se efectuó la punción biópsica para el diagnóstico diferencial, con resultado insuficiente para efectuar el diagnóstico que, sin embargo, éste pudo hacerse con plena seguridad por medio de la biopsia de un nódulo neoplásico subcutáneo aparecido en el lugar de la punción.

Por no haber encontrado en la bibliografía consultada un caso semejante, es de interés describir esta complicación de la biopsia hepática por punción.

MUNDET TORRELLAS, C. — «APORTACIÓN AL TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS ANALES.»

SE describe un procedimiento operatorio utilizado en más de cien casos propios para el tratamiento de las fístulas de ano residuales a abscesos perianales, fundamentándose en la consideración de los siguientes puntos:

1.º El convencimiento de que la mayoría de los abscesos de los espacios periesfinterianos se producen por la presencia de una lesión del canal anal.

2.º La necesidad de resecar todas las lesiones que existan en dicho canal.

3.º Inconvenientes de la sección de haces esfinterianos.

4.º Inconvenientes de la sección lenta.

Expuesto el concepto real de fístula residual externa y siguiendo aquellas pautas, se detalla la técnica operatoria seguida, con la cual, además de resecar las lesiones endorrectales y el absceso y el trayecto o trayectos de drenaje, es respetado el aparato esfinteriano.

Se proyectan diapositivas en colores de dicha técnica.

SARIOLS GÓMEZ, M. — «ESTUDIO SOBRE LAS ACTUALES DROGAS ANTIRREUMÁTICAS.»

SE hace referencia a las terapéuticas de mayor actualidad, que son: *a*) Glucocorticoides, *b*) Fenilbutazona, *c*) Sales de oro, *d*) Antipalúdicos, y *e*) Salicílicos.

a) Glucocorticoides: cortisona y sus derivados, hidrocortisona, prednisona y prednisolona, armas terapéuticas modernas y eficaces en una gran parte de afecciones reumáticas, aunque no son la medicación ideal. *b*) Fenilbutazona: derivado pirazólico con gran poder analgésico y antiflogístico, que a pesar de alguna contraindicación es una medicación que ha dado buenos resultados. *c*) Oro: usado desde hace tiempo, sigue utilizándose en la actualidad, pues bien dosi-

ficado y en indicaciones oportunas es una de las mejores terapéuticas de que disponemos hoy. *d*) Antipalúdicos: empleados en reumatismos crónicos inflamatorios con éxito, en algunos casos, debiéndose emplear durante bastante tiempo para que surja su efecto, ya que su acción es lenta. Pueden presentar intolerancias que ceden al no administrarse. *e*) Salicílicos: de todos ellos el mejor es la aspirina, con unos resultados parecidos a los glucocorticoides, aunque no tan rápidos ni espectaculares.

CANTENYS CERVERA, J. — «LA RADIACIÓN EN RADIODIAGNÓSTICO.»

EL autor hace un estudio de las fuentes de irradiación llamadas naturales y de la irradiación artificial. Señala los peligros somáticos y genéticos. Toma como base de su comunicación la irradiación en radiodiagnóstico y la manera de combatir al máximo sus peligros mediante la protección, filtraje, reducción de dosis en las técnicas radioscópicas y radiográficas, etc.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE CASTILLA VALLADOLID

SESIÓN DEL DÍA 1 DE MARZO DE 1959

Presidencia: Dr. C. FERNÁNDEZ-RUIZ

HIDALGO DE CARBAJO (Zamora). — Presentó un caso de inversión uterina del alumbramiento en primípara de 25 años; tuvo el parto sentada; asistencia familiar, sin tracciones de cordón. Hemorragia, sin shock ni dolor. Por el estado de necrosis de pared uterina se hizo histerectomía abdominal, con evolución favorable. Breve revisión de la patogenia de la inversión y de las conductas de tratamiento.

BEATO (Burgos).—«HEMORRAGIAS FUNCIONALES Y ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL. EL RÁDIUM COMO TRATAMIENTO PROFILÁCTICO.»

SOBRE cuatrocientos cuarenta y tres casos de enfermas hemorrágicas, el 85'2 por ciento tenían hemorragias funcionales y sesenta y cinco casos padecieron cáncer uterino (treinta y seis de cuello y veintinueve de cuerpo).

Se realizaron doscientos ochenta y tres estudios histológicos. La edad, entre 41 y 50 años.

Mientras en las hemorragias funcionales la esterilidad se dió en el 9'09 por ciento, en las enfermedades cancerosas la esterilidad fué del 17'24 por ciento.

Estudia las relaciones entre hiperplasia y carcinoma, y aporta un cuadro estadístico con resultados histológicos del endometrio:

Endometrio en proliferación, 3'2 por ciento; íd. en secreción, 2'8; íd. atrófico, 4'8; hiperplasia simple, 16'3; hiperplasias distintos tipos, 62; adenoma maligno, 1'2 por ciento; adenocarcinoma corporal, 9'2.

En hiperplasias simples por debajo de 40 años, su conducta es el legrado y si es necesario tratamiento hormonal. Por encima de 40 años, primera hemorragia y buen estado general, y si la hiperplasia no es atípica, la misma conducta.

En hemorragias con hiperplasia atípica y activa, rádium intracavitario.

Si la histología descubre carcinoma después del rádium, histerectomía.

En la hiperplasia atípica, salvo excepciones, no se sobrepase los 3.000 miligramos hora. En el carcinoma, siempre superiores a 3.500 miligramos hora, y tanto más elevada cuanto más atípica era la hiperplasia.

En la irradiación de procesos benignos hiperplásicos no observó ningún caso de carcinoma corporal radiactivo tardío, a que se refieren los autores americanos; algunos de sus ochenta y seis casos fueron irradiados hace nueve años. Cree que estos carcinomas postradiactivos se deben a dosis pequeñas de rádium o a que la enferma ya tenía un carcinoma al ser radiada.

DISCUSIÓN

Población.—Confirma los buenos resultados del rádium en estos casos, e insiste en las dosis suficientes.

Almendral.—Muestra su temor a los casos límites. Después de 40 años, rádium en las hiperplasias; en los casos límite, sistemática histerectomía.

Agudo Cuesta.—Se muestra partidario de histerectomía, e insiste en el diagnóstico diferencial en las hemorragias funcionales.

Fernández-Ruiz.—Se refiere a la patogenia de las hemorragias funcionales y a los depósitos de glucógeno para el diagnóstico histológico entre hiperplasias y cáncer, de acuerdo con los trabajos de Atkinson. Señala la dificultad de precisar los límites de las hiperplasias atípicas y el comienzo del carcinoma, y se muestra partidario, en mujeres de más de 45 años, de la histerectomía, teniendo en cuenta siempre la carga carcinogenética familiar. Llama la atención sobre los abusos de la terapéutica hormonal arbitraria por médicos generales, peligrosa. Hace el resumen del coloquio y se anuncia la próxima sesión, en abril, en Salamanca, a la que asistirá exprofesamente el profesor Kirchoff, a dictar una conferencia.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 397. - TOMO LXVII
ABRIL 1959
SECCIÓN VARIA

LITERATURA Y MEDICINA

LAS MANOS DEL HOMBRE Y SU VALOR EN LA EXPRESIÓN PSICOLÓGICA

POR EL

DR. LEOPOLDO CORTEJOSO VILLANUEVA

VALLADOLID

Yo no sabría decir nunca si es fácil o difícil escribir un discurso académico. Lo que sé, no por haberlo leído en los libros, sino por encontrármelo a diario en el gran libro de la vida, es que lo que resulta sumamente difícil es decir algo nuevo. Algo nuevo que sea a la vez algo interesante, atrayente cuando menos. Por otra parte, para nosotros, los médicos, el mundo se compone en última instancia de una sola categoría de seres: enfermos. Enfermos que lo han sido, lo son o lo serán. De enfermos que parecen incluso gente sana, y de sanos que a su vez parecen gente enferma. Todo anda, pues, para nosotros, sujeto a una misma órbita, y la verdad es que llega un momento en que lo patológico nos abruma de tal forma, que no tenemos más remedio que abrir de par en par la ventana del espíritu y buscar la evasión.

Esto es lo que pensaba yo ante las cuartillas en blanco cierta tarde del pasado otoño. Y lo pensaba porque dentro de mí, en lo más profundo de la conciencia, una voz imperativa no dejaba de asediarme. Y es que no es cosa banal ni mucho menos la responsabilidad de cumplir con un precepto estatutario sirviendo de portavoz a una Academia tan ilustre como cargada de historia. En la voluntad, el firme propósito de corresponder con eficacia al mandato y traer ante tan docto auditorio un tema, si no nuevo, aligerado al menos del peso abrumador de la especulación científica. En la realidad, esa máxima eterna que asegura que no hay nada nuevo bajo el sol. Yo quería en tales momentos encontrar un punto de convergencia entre lo puramente médico y lo que no lo es; hablar, o escribir, de lo que, siendo patrimonio nuestro, no deja de ser también feudo importante de los demás. Me decía a mí mismo: Si los médicos no supiéramos hablar de otra cosa que de criaturas que sufren, acabaríamos por ser aborrecidos.

Y en ese quehacer estaba, en la soledad de un cuarto de trabajo, cuando el tema se me puso delante de los ojos. En torno mío, libros, fichas de archivo, historias clínicas, fundamentos, técnicas, estadísticas... ¿Qué podía sacar yo de todo eso, que fuese amable, que fuese siquiera grato a todos los oídos? Muy poca cosa. Y me

Discurso leído en la solemne inauguración del Curso de 1959 en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid.

miraba las manos vacías, las manos que Dios nos ha dado a todos los hombres, estas manos que no dejarán de moverse hasta rendir el último suspiro, y las veía inquietas, gesticulantes, queriendo atrapar las ideas y moldear las palabras, asirse al tiempo que pasa, dar forma al pensamiento, a los impulsos, a las emociones... Y me quedé quieto mirando las manos, y pensé: «¡Ya está!». Buscaba un tema y le tenía delante de los ojos, casi inédito, casi invisible, porque las manos estaban invitándome, me atraían de súbito, me fascinaban como una repentina aparición. ¡Las manos del hombre! Al lado de la palabra, por encima de ella muchas veces, está el idioma universal que hablan las manos desde que el hombre echó a andar por los caminos del mundo. Ellas saben llorar sin lágrimas y reír sin risas; bendecir, odiar, estremecerse de pasión y crisparse de angustia. ¿Por qué no recordar que ellas son un poco nuestra alma hecha carne, como dijo el poeta Rodenbach? ¿Y por qué no hacer de las manos en su expresión psicológica el tema de un discurso?

Yo no sé si cometeré el pecado de salirme del camino real que marca la ortodoxia; pero he aquí cómo nació el tema de este discurso. Permítaseme curiosear en torno al hombre y al valor de sus manos. Y como justo amparo por esta osadía, yo pido que sean las manos de Dios las que me guíen por el buen sendero, a fin de que sepa dar a las manos del hombre la importancia espiritual y afectiva que El quiso que tuvieran.

Buceando en la Prehistoria

Una afirmación previa y que considero insoslayable: gracias a Dios, podemos alegrarnos de que en nuestro mundo occidental y específicamente europeo abunden las ruinas. Podemos alegrarnos, en primer término, porque ellas son una lección. De no tener ruinas, ¿cómo desentrañar el pasado? «No sabe usted lo importante que es tener ruinas», decía Oscar Wilde a una señorita norteamericana que se asombraba de verlas, al visitar Europa. Y es que no hay que darle vueltas: el mundo, cuanto más avanza, más se nivela, más se achata, a pesar de los rescacielos. Si no tuviéramos ruinas, gloriosas ruinas, los pueblos serían iguales, sin pasado, sin historia. Sobre todo, sin espiritualidad.

Porque es en las ruinas donde está no sólo lo que construye el hombre para su mejoramiento, sino también la huella de lo que pensó y sintió sabiendo que otros habían de seguir sus pasos. Penetremos en las más viejas mansiones que testifican la vida de nuestros antepasados: las cuevas prehistóricas. Dibujos de animales, escenas de caza, estatuitas de barro... Y tanto en la estatuaria como en la pintura, algo que no falta jamás: la reproducción de la mano, unas veces formando parte del cuerpo y otras aislada, en variadas y curiosas posiciones.

Es en los períodos auriñaciense y solutrense donde se encuentran sobre todo imágenes de manos, izquierdas casi siempre, cernidas de tinta roja. Uno se pregunta: Estas manos, ¿tienen un origen mágico?, ¿se trata, en cambio, de la marca o señal de la mano de un jefe que quiso recordar a los demás su poder? Teniendo en cuenta la mentalidad primitiva, todo es posible. En la cueva de Altamira se observa, en cambio, la imagen estilizada de una mano tendida cerca de un animal, lo que da idea de captura, de posesión. En todo caso, la mano del hombre cobra relieve desde su primera aparición en el mundo; esto es lo importante.

Y es que la imagen plástica, por ser más antigua que el documento escrito, no deja jamás de constituir el mejor testimonio para una interpretación. ¿Qué pensar de estas manos pintadas en las paredes de las cuevas prehistóricas y que a veces presentan dedos cortos, aparentemente mutilados? ¿Hay en ellas algo más

que una representación grosera de su anatomía? Yo creo que sí, y debemos pensar que todas estas imágenes de manos sorprendidas y copiadas en una actitud especial, hablan de un lenguaje mímico, de un modo de expresión.

Lo mismo sucede con esos objetos de arcilla descubiertos en las cuevas de Glozel (Francia), que conservan preferentemente huellas de manos y que datan de ocho a diez mil años antes de nuestra era. Estas huellas, que tienen la particularidad en este caso de ser siempre de la mano derecha, se han hallado junto a tabletas de arcilla con representaciones alfabéticas. Cabe preguntarse de nuevo: ¿son algo más que un capricho o una expresión artística rudimentaria? Naturalmente, no hay razón para atribuir a estos hallazgos una verdadera expresión de sentimientos hecha a través del gesto de la mano; pero es que en la Prehistoria todo es así, nebuloso, escurridizo. No importa. Lo que vale la pena retener es simplemente esto: que desde que el hombre tiene conciencia de su misión sobre la tierra, se da cuenta de la importancia de sus manos.

Las manos en la Historia

Andando el tiempo, la mano del hombre empieza a invadirlo todo y aparece representada, como un símbolo, en actos o hechos que tienen una significación y una trascendencia extraordinarias. La vemos, por ejemplo, convertida en amuleto, moldeada en bronce en las tumbas etruscas, dentro de vasos de arcilla en el viejo Egipto, representada en diversas posiciones en la numismática, y ya en tiempos de Alejandro de Macedonia, la mano, coexistiendo en las monedas con otras figuras, nos habla bien claro de la penetración comercial de un pueblo como el griego, rector del mundo antiguo en aquellos años casi legendarios. Que entonces la mano ha pasado a tener una capital significación nos lo demuestran las palabras de Anaxágoras cuando dice que la mano es el hombre mismo y que hay manos más bellas y expresivas que los rostros.

La historia del mundo antiguo está llena de anécdotas y de gestos, de expresiones y de símbolos, que dan clara idea de lo que la mano del hombre importa a los demás hombres. Harpócrates, dios del silencio entre los griegos, es representado con un dedo en los labios en señal de discreción; las manos de Alejandro el Grande expandían, se dice, un olor agradable, cosa también atribuída a manos de santos, como Santa Dominica, y de papas, como Marcelo; con el dedo pulgar levantado o abatido se decidía la vida o la muerte de los gladiadores en la arena de los circos romanos; y que la mano empieza a ser estimada como el mejor símbolo de la lealtad, lo prueban las palabras de Julián el Apóstata, emperador romano vencedor de Constanzo; el prefecto del Pretorio, uno de los vencidos, tuvo la osadía de acercarse a él como enemigo perdonado, y en prueba de seguridad y afecto quiso que el emperador le tendiese la mano. Julián el Apóstata se negó a ello con estas palabras: «Si yo te doy la mano, ¿qué daré después a mis fieles amigos?»

Evidentemente, la mano ha comenzado a ser en el mundo antiguo algo más, bastante más, que una simple parte del cuerpo con funciones mecánicas bien determinadas. Luego, en los años medievales, mientras entre los partidarios de la magia la mano abierta tiene una significación antimaléfica, en algunas abadías el Abad recibe, al mismo tiempo que su crucifijo, el guante; la interpretación mística que se ha dado a este hecho es la siguiente: la mano significa las acciones; el guante, el cuidado que es preciso tener para ocultarlas. ¡Si más tarde los grandes de la Historia hubieran tenido en cuenta ese esoterismo de los gestos al parecer insignificantes...! Pero no; y así resulta que el gesto, en la Historia, es algo tan impor-

tante como peligroso y eficaz. Los grandes personajes terminan por hacerse esclavos del gesto, de la actitud, y es en las mismas manos gesticulantes o pasivas donde está gran parte de su personalidad. Oradores, histriones y comediantes fueron muy alabados en la Roma antigua no tanto por su palabra como por sus gestos, incluyendo en ellos la elocuencia de las manos. Ya en la Grecia clásica, Teleste, maestro de las danzas de Esquilo, había inventado gestos tan expresivos y variados, que sus manos parecían personificar sus expresiones, se ha dicho. Mas junto a esta antología del gesto, útil solamente para el arte escénico, está —y esto es lo importante— lo que el hombre no puede ocultar ni deformar: su propia alma exteriorizándose, simbolizándose, en los movimientos de la mano.

No es, por consiguiente, una ingeniosa *boutade* la afirmación de Talleyrand cuando decía: «La palabra ha sido conferida al hombre a fin de que pueda ocultar su pensamiento». No es que la palabra se haya hecho para mentir; es que la mentira puede expresarse con palabras, mientras que el gesto no permite la mentira ni deja lugar para el equívoco. Un buen psicólogo sabe cuánto valor tiene el gesto, por tanto. Las manos hablan por sí solas.

Bastaría recordar la actitud de un hombre en un momento dado, de un pueblo en determinada circunstancia, para comprender que la manifestación externa de lo que por dentro late o hierve, lo es todo o casi todo. Evoquemos por un instante a los grandes personajes de la Historia y veremos que en todos ellos el gesto, la actitud de las manos, ha quedado grabado de forma indeleble. Y es que el gesto tiene muchas veces por finalidad provocar la admiración de las gentes, como dice Alcides Greca. Y no tan sólo la de los contemporáneos, sino también de la posteridad. El hombre se revela igualmente en los grandes acontecimientos de su existencia como en las pequeñeces de la vida cotidiana. Sucede en esto como con la secreta finalidad de los diarios íntimos. Nadie escribe un diario íntimo pensando convertirle en cenizas; se escribe por y para provocar un sentimiento admirativo o de compasión, e incluso las dos cosas a la vez, como la hiperestésica María Bashkirseff. Pero volviendo al gesto y a la elocuencia de las manos: si no existieran personas capaces de valorarles —como escribe Alcides Greca—, la historia de la humanidad se parecería mucho a la de los animales. Por eso justamente existe el suicidio como gesto definitivo de disconformidad, y existe también la diversa actitud de los que acaban de ganar o perder una batalla.

Alejandro el Grande tuvo su actitud, su gesto, como lo tuvo también Napoleón. Recordemos la mano derecha del Corso introducida a medias bajo el chaleco mientras un fondo de campo de batalla o de ruinas humeantes resalta la mayor arrogancia de la figura, y recordemos sin ir más lejos a hombres de nuestros días tales como Hitler, Mussolini y Stalin. Todos ellos fueron hombres de actitud expresiva, de personalidad que denuncia el simple gesto de las manos. ¡Las manos de Hitler, siempre en alto cuando se dirigía a las multitudes, violentas y engarfiadas como si quisiera desgarrar con ellas banderas invisibles, y las manos de Stalin, nuevo Calvino de una ideología satánica, manos de introvertido y rencoroso que parecen ocultarse huyendo del gesto!... En la Historia hay frases que han quedado estereotipadas; pero también hay gestos de la mano que no han necesitado la ayuda del lenguaje para sobrevivir. Frente a estos hombres que acabo de citar, otro hombre de nuestros días, Pío XII, pasará a la Historia con tres gestos característicos de sus manos: en pie, con los brazos abiertos, para bendecir; las manos extendidas sobre la cabeza de un enfermo, o las manos juntas sobre el pecho en actitud de adoración. No, no es simple azar histórico que los grandes personajes se nos ofrezcan de una u otra manera, que sus manos nos hablen de odio o de

amor y de paz. Detrás de las manos, en su entraña misma, está el hombre, y el hombre se entrega en el gesto, aun en el caso en que pretenda escamotearle.

Mucho más se podría decir de este instrumento de la Historia que son las manos del hombre; pero la limitación de espacio lo impide. Desde un punto de vista general, hay pueblos parcos en el gesto, como el anglosajón, y otros de alta expresividad en los movimientos, como los mediterráneos. Acaso la danza no sea, en el fondo, más que una exageración armónica, rítmica, ds los movimientos que impone la vida cotidiana, y de ahí las grandes diferencias de la danza y del baile trdicional entre unos y otros pueblos. En todo caso, las manos no sólo traducen los impulsos psicodinámicos del individuo: también los de la colectividad.

Algo sobre la mano en el Arte

Decía un gran crítico, cuyo nombre no hace al caso, que se puede permitir a un pintor ocultar bajo los pliegues del vestido el resto del cuerpo; pero que en ausencia de la mano, cabe decir que el cuadro es incompleto. ¿Incompleto —se podría preguntar— desde el punto de vista psicológico? No otra cosa parece desprenderse de las palabras del crítico de marras. Y es que en Arte sólo es admisible lo que tiene autenticidad; lo verdadero, no lo falso.

Lo verdadero, mejor o peor expresado, discrepando en estilos o no, pero respondiendo a una limpia trayectoria de sinceridad. De las manos de la Venus de Willensdorf o de Laussel, por ejemplo, a las manos de Juana de Aragón en el cuadro de Rafael, va un abismo; mas en los dos casos el artista se ha esforzado por reproducir lo que veían sus ojos. Para nuestro objeto, esto es lo que importa.

Porque es aquí, en el Arte, donde nos es permitido penetrar en la psicología de los personajes a través de la obra artística. Difícilmente las manos de esas Venus prehistóricas, de una anatomía grosera y rudimentaria, nos dirán algo que no responda a la realidad de unos instintos primarios. En cambio, las manos finas y delicadas, las manos marfileñas y suaves de Juana de Aragón, son algo así como la expresión rotunda de lo aristocrático, mas de una aristocracia que ampara por igual lo relativo a la carne y al espíritu. «La princesa de las bellas manos», dicen los entendidos al referirse al cuadro de Rafael. Y aunque no es muy seguro que las manos fuesen pintadas por el propio artista, he aquí cómo su delicadeza exquisita basta para inmortalizar un lienzo y que los poetas se sigan sintiendo emocionados cada vez que caen ante él en verdadera adoración.

Manos intensamente expresivas, como estas de Juana de Aragón y como otras muchas manos femeninas de Nattier, de Van Dyck o de Tiziano. Manos aristocráticas, finas y delgadas, recorridas por un nervioso estremecimiento, o manos blandas, ociosas, punteadas de hoyuelos, inútiles para el esfuerzo. Pintaba una vez Van Dyck nada menos que a un reina, y, en extremo cuidadoso de los detalles como era, no se cansaba de reflejar con toda fidelidad las manos en el lienzo. Tan apurado era el trabajo del artista, que la reina se impacientó. ¿Por qué aquella tardanza? Y el pintor, siempre cortesano y no menos ambicioso, se excusó con donosura: «Majestad: es precisamente de estas manos de las que espero una buena recompensa».

Tengo para mí, sin embargo, que la mejor recompensa para un artista es el reconocimiento de la valía de su arte. Hay un arte primitivo, verdaderamente anónimo, en el cual no podemos desentrañar más que la anécdota, el hecho individual que a fuerza de repetirse se convierte en colectivo; pero hay un arte que arranca de la Grecia clásica para nunca más detenerse en los siglos de los siglos,

y este arte es rabiosamente personal e intransferible. En aquél, lo más que hallamos son actitudes, representaciones de la vida de un pueblo, que responden a su peculiar manera de ser; en éste asoma ya el hombre con su vida íntima, de tan variado colorido.

Puestos a discernir el valor y la expresividad que unos y otros han dado a la mano del hombre, las diferencias son notables. En el arte egipcio, por ejemplo, la mano, muy sumariamente modelada, termina en dedos planos y largos, demasiado largos a veces, sobre todo el pulgar, y no es raro encontrar en los bajorrelieves dos manos derechas o izquierdas en un mismo personaje. Asirios y caldeos presentan manos mejor conformadas, con los cuatro dedos últimos de diferente longitud, y no sólo esto, sino que lo que pudiéramos llamar la anécdota, el hecho humano que el artista ha querido representar, toma ya otra significación. Las actitudes de las manos en los egipcios son de adoración, colocadas a la altura de la cabeza y las palmas hacia adelante, y de ello son buen ejemplo los grupos de plañideras que rodean a un difunto, mientras que en los caldeos se advierten ya manos cruzadas por delante de la cintura expresando serenidad, equilibrio, y en los asirios, actitudes guerreras. Son tan abundantes los ejemplos, que renuncio a señalar éste o aquél. El Louvre está lleno de valiosos hallazgos en este terreno.

Dentro de su aparente uniformidad, no dejan de ser expresivas las manos que se contemplan en las muestras del arte oriental. Manos de dedos desencajados, con pliegues verdaderamente incoherentes en las palmas, como se ven en dibujos japoneses, y manos sutiles y ligeras de danzarinas de la isla de Java, de una elegancia verdaderamente refinada, o también esas manos de danzarinas siamesas que tienen la particularidad de representarse con las palmas hacia adelante y los cuatro dedos últimos de igual longitud. De aquí a las representaciones del arte primitivo africano y de Oceanía no media una gran distancia, y, sin embargo, la mano en el arte negro es una mano anatómicamente falsa, pues todos sus dedos son iguales y hasta el pulgar se alinea a los demás como si estuviesen cortados por el mismo patrón.

Por eso, desde el punto de vista anatómico, la primera mano de proporciones justas y bellas es la del arte helénico. ¡Lástima que le falte nervio y carezca casi siempre de expresividad! También en el arte bizantino la mano es desproporcionada, lo mismo pequeña que grande, de dedos inacabables, impresionantes. De aquí que no sea raro observar Cristos de marfil con manos abiertas, descarnadas, en forma de palas, que parecen estar escapándose de los clavos. Aun en pleno siglo XV, las manos de las figuras femeninas de Germain Pilon y las *Madonnas* de Crivelli se nos ofrecen con manos inexpresivas, desmesuradamente largas, frágiles y sin consistencia a pesar de todo. Junto a ellas, las infinitas manos en actitud de oración de las estatuas orantes y yacentes que llenan las capillas de nuestras catedrales.

Pero, de pronto, sobreviene la etapa renacentista y todo cambia, todo se transforma prodigiosamente. Y es que hasta los siglos XV y XVI el retrato no adquiere verdadera importancia en la expresión figurativa. ¡Manos de la Gioconda, llenas de conformidad, de equilibrio, de cordura más bien, como si Leonardo hubiera querido dotarlas de profunda sabiduría! ¡Manos desmayadas y sin brío de María de Médicis en los retratos de Rubéns; manos de protección y de abandono; manos de embarazada en los cuadros que representan la Visitación de la Virgen María a su prima Santa Isabel; manos de desesperación en la María Magdalena al pie de la cruz, de la *Crucifixión* de Grünewald, y, sobre todo, esas manos de dedos entrelazados, de dedos que oprimen con fuerza, que suplican, que lloran, de la

Dolorosa de Tiziano! Estamos ya ante una pintura que tiene alma, que hace psicología. Mirando estas manos, observándolas, comprendiéndolas, podemos calar hondo en los mil secretos que guarda la intimidad lacerada del hombre.

Pero no es cosa de recrearnos en una tarea tan grata como dilatada. Siglo tras siglo, estilo tras estilo y hombre tras hombre, las manos van dando en el lienzo y en el mármol su lenguaje imperecedero. Unas veces serán las manos impregnadas de resignación y dulzura que pintó El Greco en el Cristo de *El Expolio;* otras, las manos de la *Mujer en oración,* de Van Gogh, manos rudas y fuertes de campesina, en las que armoniza la tosca manera de enlazarse los dedos con la simplicidad y ternura del gesto; otras, en fin, serán las manos patéticas, verdaderamente apocalípticas, furiosas, crispadas, del condenado que se aferra a unos barrotes imaginarios, salidas del arte de Rodin; o esas otras manos de la figura central de los *Fusilamientos de la Moncloa,* en las que Goya puso todo el trágico desdén de una raza que no se rinde a la bota del invasor.

Algunas veces, un detalle accidental, el pañuelo en la mano, denuncia que el modelo sufría un mal incurable. Pero casi siempre es la mano desnuda quien habla por sí sola, como sucede en el cuadro *Jesús entre los doctores,* de Durero, donde hay un verdadero mosaico de manos aptas para el estudio psicológico, y en la mano del profeta Ezequiel, de la Capilla Sixtina, mano vigorosa, realista, dominadora y fuerte; mano, además, caracterizada por una preocupación anatómica de tal relieve, que la hace en este sentido la mano más elocuente del arte pictórico.

Las manos en la Literatura

Dejando en paz las manos de los muertos, esas manos que cuando no ha sido mixtificada su expresión parece, como escribe Georges Desse, que han estado haciendo un último esfuerzo tratando de quedarse con un poco de aire o un trozo de cielo, es evidente que las manos han llenado páginas enteras de la mejor literatura. Manos tímidas de enamorados, que se abandonan; manos cálidas que se entregan; manos cantadas por Ovidio, por Rodenbach, por Valéry y otros innumerables poetas, en su carne, en su actitud, en la viveza de sus movimientos, ha encontrado también el artífice de la palabra un contenido espiritual que vale la pena no dejar en la penumbra o en el olvido.

Sáname con tu mano,
que no tiene mi cuerpo hueso sano

se lee ya en el Salmo VI de David, aludiendo al poder milagroso que la mano tiene en la mitigación de los dolores del hombre. «Sus manos hablan y se me antoja que sus pies escriben», pone Paul Valéry en boca de Sócrates refiriéndose a unas danzarinas. Y nuestro Juan R. Jiménez, la quinta esencia de la delicadeza poética, el hombre más sensitivo e irreal de nuestra geografía lírica contemporánea, dice así en un poema que canta la alta categoría espiritual de unas manos:

¡Ay, tus manos cargadas de rosas! Son más puras
tus manos que las rosas. Y entre las hojas blancas
surgen lo mismo que pedazos de luceros,
que alas de mariposas albas, que sedas cándidas.
¿Se te cayeron de la luna? ¿Juguetearon
en una primavera celeste? ¿Son de alma?

He aquí la imagen poética más exacta y a la vez más frecuente: el alma en las manos. Aparentemente, un poeta y un psicólogo viven en mundos distintos y distantes; pero la realidad les acerca porque los dos contemplan la naturaleza humana despojándola de lo material y caduco. «¡Lo que puede caber en el hueco de unas manos!», escribe también, en tono admirativo, Juan Ramón. Y es que el poeta, como el psicólogo, lo cifra todo en los valores espirituales y construye, con lo impalpable y etéreo, un mundo de posibles perfecciones.

Pero no trato yo, ni mucho menos, de dar categoría poética a las manos del hombre, sino de poner de relieve que el mensaje de esas manos le captan más vivamente los poetas porque ellos son hombres que suelen tener la sensibilidad al rojo vivo. Los poetas —seres un poco fuera de este mundo, al fin y al cabo— cantan las manos como cantan el cuello, la cintura, los labios o la mirada. Puro ditirambo, líricos fuegos artificiales que estallan en el aire dando libertad a cataratas de imágenes. Al fin y al cabo, para el amor de los poetas —y todos son poetas cuando aman— no hay cosa deleznable. Lo importante no es eso; lo importante es que los poetas, como los pintores y los escultores, han captado la realidad del alma con palabras que son, como la piedra y el lienzo, perdurables y proféticas. Y lo han captado —no lo olvidemos— sin más que observar y traducir lo que decían los gestos de unas manos.

Sería excesivo que yo quisiera traer aquí, como a las páginas de una antología, las referencias poéticas más singulares acerca de la expresividad de las manos. Baste recordar que para Verlaine son «todo un mundo en movimiento», y que para Gabriel d'Annunzio, obseso de la sensualidad, son instrumentos de placer o de tortura mortificante. Si acaso, recordemos que hasta las manos de los niños dicen muchas cosas a los poetas; decía de ellas Gabriela Mistral:

manitas blancas, hechas
como de suave harina,
la espiga por tocaros
se inclina.

Y recordemos también que en medio de las manos enigmáticas, de las manos místicas que rezan y lloran, cantadas por Evaristo Carriego, están las manos de las mecanógrafas, loadas con ternura por Adiano del Valle, y hasta las manos de Dios imaginadas por Max Jacob en su etapa torturadora de conversión al catolicismo. Hasta la angustia unamuniana llevada al paroxismo, se revela en aquellos versos de don Miguel titulados *Mano en la sombra:*

Calló la mano
y ante el silencio yo temblé en lo oscuro.

Y es que la mano, en su expresión psicológica, le decía muchas cosas al atormentado don Miguel de Unamuno, como nos las dice a nosotros. La mano, abstracción hecha de su materia, puede ser de hierro o de blanda cera; puede expresar odio o ternura, desesperación o alegría. «Una mano gobierna la piedad como una mano gobierna el cielo; las manos no tienen lágrimas para verter», escribía el poeta inglés Dylan Thomas, sobrecogido por los efectos de un bombardeo en la última guerra mundial. Pero en este caso la desesperación no le deja al poeta ver claro. Sí; las manos vierten lágrimas también. Lo que pasa es que son lágrimas silenciosas como las que lloran las manos patéticas de la Dolorosa de Tiziano. Lo que importa es saber encontrarlas.

Otras son las manos de los jugadores que se agitan en torno a un tapete verde y que Stefan Zweig ha analizado con profunda sabiduría: manos nerviosas en actitud de espera; manos que asoman por la manga de un *smoking* como si emergieran del fondo de una caverna; o desnudas, adornadas con anillos y pulseras tinteneantes; velludas como animales salvajes, húmedas, crispadas, impacientes... Todo, según Stefan Zweig, puede adivinarse en esas manos: la codicia, el temperamento calculador, el pródigo, el desesperado, el indiferente... Lo que importa en torno a esa verde pista donde corren las ansias como potros pegados a la bolita, son las manos, no los rostros. Y acaso ningún reactivo mejor para poner de manifiesto las pasiones humanas.

Toda una obra dramática muy conocida gira en torno al recuerdo de unas manos: *Las manos de Eurídice,* del escritor médico Pedro Bloch. «En aquellas manos —se dice en ella— cabían los más bellos sueños, los más altos ideales.» «Manos que pedían arpas, manos que pedían alas, manos hechas para la oración, para la ternura y para el amor.» Y el protagonista se tortura evocando aquellas manos de la esposa que le llevan por el camino de la locura. Hasta que el mismo Pedro Bloch rompe el círculo dramático del monólogo, haciéndose de pronto más humano y más eterno al poner en boca del pobre Gumersindo Tavares esta frase significativa: «Dios prefiere las manos puras a las manos ricas.»

Un poco de filosofía

Dicen los historiadores que Platón se extasiaba a veces contemplando la mano del hombre, esa mano que, siendo capaz de fabricar un utensilio con que llevarse el alimento a la boca, resulta también un instrumento de más altos vuelos. Desde Platón acá, el mundo ha dado muchas vueltas; lo que no ha cambiado, a pesar de todo; lo que sigue teniendo la misma estructura e idéntico valor, es esta parte de nuestro cuerpo, que para unos tiene una significación puramente material, y para otros un carácter bien diferenciado en cuanto a revelación de la vida interior.

Platón consideraba, por otra parte, que la pérdida de movilidad de las manos constituía una verdadera catástrofe para el hombre. Y así es, en efecto; mas no porque ya no sea capaz de adaptarse a los trabajos más duros o a los más delicados, sino también porque con ellas pierde lo que Kant llemó «cerebro exterior». Puede el hombre cubrirse el rostro con una máscara, inmovilizarle, petrificarle si fuera hacedero, y aun le sería posible transmitir a sus manos un caudal de estados interiores revelador de lo que piensa y lo que siente. Y es que, como dice Alexis Carrel, la mano, verdadera obra maestra, «siente y obra al mismo tiempo. Obra como si estuviese dotada de vista».

Todos los filósofos, aun los más materialistas, reconocen el valor psicológico de la mano del hombre. ¿Por qué? Porque no en vano el primer lenguaje del mundo, la primera comunicación interhumana, tuvo como protagonistas a las manos del hombre. Recordemos el dedo en los labios imponiendo silencio; el pulgar señalando hacia la boca y el brazo en alto marcando el acto de beber; las manos tendidas al cielo en gesto de estupor y de grandeza... «Apenas pueden contarse los movimientos de que las manos son capaces —escribía Quintiliano—...; se puede decir que las manos hablan.» Y refiriéndose al gran Cronwell, el diabólico Voltaire aseguraba en cierta ocasión: «Un grito de su mano, que había ganado tantas batallas, persuadía más que los períodos del propio Cicerón.»

Aun la mano ociosa, la mano del que duerme o espera, por ejemplo, es también una mano que dice algo mientras el resto del cuerpo permanezca vivo. Ahora,

como en el tiempo en que Galeno escribió su tratado *De usu partium*, el cuerpo es el instrumento del alma, y no dejará de revelarse una expresión anímica mientras haya una partícula viva de cuerpo. Pero observemos con cuidado, porque el hombre, a fuerza de intentar superarse, ha emprendido una tarea demoledora. Galeno pudo escribir en su tratado, sin llamarse a engaño, que la naturaleza le ha dado al hombre, por toda arma defensiva, las manos, instrumento necesario para ejercer toda suerte de industria, y no menos conveniente en tiempo de paz que en tiempo de guerra; Galeno pudo escribir esto y reposar tranquilo: el hombre de nuestros días, no. Con las manos es verdad que puede seguir escribiendo las leyes, construir un navío o forjar un cuchillo; lo que ya no hace, porque los tiempos han cambiado mucho, es fabricar una flauta o pulsar una lira. Prefiere oprimir un botón o dar vuelta a una llave. Y con esto le basta para matar incluso de una forma terriblemente fabulosa.

Yo no sé qué pensaría hoy Montaigne, que tantas y tan sabrosas virtudes atribuyó a las manos del hombre. No sé tampoco qué pensarán los filósofos de la hora presente acerca de eso que llamamos «tener las manos limpias» cuando esas mismas manos han servido para poner al servicio de la destrucción la energía nuclear. La tremenda verdad es que aunque el hombre está poseído de que sus manos son capaces de hacerlo todo, encuentra más cómoda la postura de que todo lo haga una máquina. Nuestro tiempo asiste, por tanto, a una infravaloración paradójica de las manos del hombre. A pesar de la angustia, o acaso por ella; a pesar del existencialismo ateo, que no es otra cosa que una forma de angustia, de desorientación, el hombre abandona sus manos al placer del menor esfuerzo y se entrega a la máquina. Cede, en favor de la técnica, una parte de su cuerpo, una parte de su personalidad. Siguiendo este camino, si el alma llega también a endurecérsele con la cotidiana contemplación del horror, ¿para qué le servirán estas dos manos con las que Dios enriqueció su cuerpo?

Manos deformes y manos patológicas

Acaso por esto que acabo de decir, porque las manos del hombre son unas veces instrumento de placer y otras de destrucción, Dios ha querido que enfermen como enferman las demás partes del cuerpo. Es de este modo cómo nosotros, médicos, nos enfrentamos las más de las veces con las manos del hombre.

El valor semiológico de las manos es, sin duda, imponderable. En ellas se reflejan infinidad de procesos patológicos, pero, entiéndase bien, no sólo del cuerpo, sino también del alma, aunque para desentrañar estos últimos sea menester una preparación especial, nada común.

«Observar es lo que importa, y observar no es sinónimo de ver; con sólo ver no basta», escribía el gran clínico inglés Osler. Sucede aquí como en otros campos de la patología: hay alteraciones groseras, visibles al ojo menos experimentado, y hay matices finos y delicados que no todos están en condiciones de percibir. No se puede confundir, por eso, la auténtica vocación, el afán de llegar lo más lejos posible en la búsqueda de la verdad, con el mero oficio. A la mano patológica se puede llegar por ambos caminos; pero es indudable que mientras el diagnóstico de las alteraciones físicas no ofrece, en general, dificultades, el de las que entrañan evidentes perturbaciones de la personalidad resulta en extremo difícil.

Y es que, en resumidas cuentas, la mano tiene su cuerpo, su soma, representado por huesos, músculos y ligamentos, y tiene su alma, de la que sólo su mudo lenguaje nos da fe. No es lo mismo diagnosticar por sus manos a un acromegálico, cuyas manos son tan grandes como irascibles, que descubrir en actitudes especiales a los introvertidos y a los esquizofrénicos. Todo es posible, sin embargo, y a muchos profanos se les antojará cosa extraordinaria que en un siglo en que la Medicina se fundamenta en el uso de costosos aparatos y técnicas especiales, le pueda bastar al buen médico una atenta mirada a las manos del enfermo para descubrir una enfermedad. Así es, en efecto, y hasta puede afirmarse que hay unas estupendas clínicas donde el ojo del médico puede ejercitarse en esta tarea: estas clínicas son los museos.

Decía una vez el célebre Corvisart, médico a quien Napoleón tuvo en gran estima, después de contemplar un retrato: «Si el pintor acertó a reflejar bien a su modelo, este hombre debió de morir del corazón.» Y no se equivocó. Como es natural, el temblor, el olor y algunas otras cualidades, no es posible recogerlas en el lienzo; pero, en cambio, la forma, la palidez, la turgencia, la cianosis y mil detalles más que no escapan a la inteligencia del artista, esos sí que pasan a dar a la obra de arte su incontrastable valor. «Recoger al hombre como ser material y trasladar al lienzo lo que en él hay de anímico, de espiritual», es la fórmula que propugna Leonardo de Vinci. Por ser fieles a ella muchos artistas, es por lo que los médicos podemos decir que hay pintores que han trabajado haciendo buena la clásica pretensión del «ojo clínico».

Manos de reumáticos y gotosos, con evidentes nudosidades, vemos, por ejemplo, en el *Autorretrato* de Miguel Angel que se conserva en Florencia; en el *Lorenzo el Magnífico*, de Vasari; en el *San Jerónimo en los infiernos*, de Cósimo Tura, y en un retrato de Lucrecia Panciatichi pintado por Bronzino. Manos de acondroplásico nos muestran un bajorrelieve del siglo VIII, procedente de la isla de Ceylán, que se conserva en el Museo de Colombo, y, sobre todo, los enanos recogidos en el *Moisés salvado de las aguas*, de Veronés, y en el *Don Sebastián de Mora*, los dos del Museo del Prado. En el *San Francisco de Paula curando a un enfermo*, dibujo de P. Francisco Mola, se aprecia un caso de parálisis al parecer saturnina, y en un cuadro que representa al obispo de Ratisbona curando a los lisiados, el niño que aparece como enfermo es indudablemente un caso de poliomielitis anterior aguda. Hay también atetósicos en un cuadro de Matías Grünewald (Museo de Francfort); hemipléjicos de mano zamba, atrófica, en el *Pejerón*, de Antonio Moro; mixedematosos, como un enano de Cosme I de Médicis, del Museo Nacional de Florencia, y hasta manos lisas, tersas, suaves, sin vello, completamente femeninas, del intersexual que es ese *Enrique Liberty*, de Van Dyck, que se conserva en el Museo del Prado, y cuyo modelo parece corresponder a un organista de la Catedral de Amberes.

Manos de leprosos, esclerodactilia, la onicofagia que muestran las uñas roídas de *El hombre del vaso de vino*, atribuído a Jean Fouquet... Si yo me dejase llevar de la curiosidad y del deseo de agotar el tema, iríamos demasiado lejos. Hasta parece adivinarse un verdadero temblor en las manos de la vieja parkinsoniana modelada por Paul Richet, y el fuego febril en la mano izquierda de Chopin, esa mano de dedos largos, finos, exangües, sutiles, que modeló Clésinger.

Y bien, si esto nos ofrecen las manos inmortalizadas en los museos, ¿qué no nos ofrecerá el contacto diario con la patología? El dedo en palillo de tambor de los bronquiectásicos; las uñas en vidrio de reloj; los dedos largos, finos, nerviosos, rematados en uñas cilíndricas y cianóticas, que Neumann da para la tuberculosis incipiente y que hace tiempo, cuando el mal aumentaba en destrucción y duración, veíamos transformarse en uñas de forma de garra; las manos de las muchachas hiperfoliculínicas; las de los hipertiroideos... Hace muchos años, cuando los procesos por brujería estaban en su apogeo, bastaba con que un desgraciado pre-

sentase zonas de insensibilidad en las manos y resistiese por tal motivo las pruebas a que era sometido, para que se le condenase a la hoguera. Y muchos de esos desgraciados no eran otra cosa que enfermos de afecciones nerviosas, medulares sobre todo, en cuyas manos se creaban zonas de anestesia. He aquí cómo la patología explica una vez más lo aparentemente extraordinario y cómo la Historia no puede desentenderse de la ayuda que le prestan los conocimientos médicos. Y he aquí de qué forma también la patología de la mano del hombre ha dado lugar a hechos que parecen entrar en el terreno de lo sobrenatural.

En el mundo de lo sobrenatural

Desde tiempo remotísimo, los antropólogos han hecho de la mano y sus diferentes partes sendas unidades de medida. Para Plinio y para Varron, por ejemplo, la mano debe ser un poco gordezuela y tener la dimensión del rostro. Mas dejemos a los antropólogos, porque en este momento lo que más nos interesa es la dimensión del alma, y el alma no puede encerrarse en unos centímetros de más o de menos. Y para que se vea que esto del alma ha tenido simpre relación con la mano y cómo en el ánimo del hombre se enlazan la idea de la mano y el misterio del más allá, séame permitido traer aquí algunos datos que lo justifican.

Las manos de los muertos, en primer lugar, han gozado siempre de poseer una virtud maléfica y fué para contrarrestarla cómo nació en los manuales de brujería la llamada «mano de gloria», que no era otra cosa que la mano de un ahorcado, a la que después de someter a unas prácticas de magia negra, se introducía entre los dedos crispados una candela hecha con grasa del mismo cadáver. Lo importante en el terreno sobrenatural es que esta «mano de gloria» tendría la virtud de hacer invisible a su portador, con lo cual podría dedicarse a sus prácticas creyéndose impune.

Frente a esta manifestación de maleficio, que podría extenderse a otras prácticas semejantes e incluso al supuesto poder de emitir ondas magnéticas que han tenido las manos de algunos curanderos, las diferentes religiones —sobre todo, orientales— han hecho de la mano un signo de protección. Ya en el antiguo Egipto se hablaba de manos que emitían rayos solares, y las mismas estatuas de Buda se ofrecen a la contemplación de los fieles adoptando una variada posición de las manos: o bien una sobre otra con las palmas hacia el cielo significando meditación, o bien con el índice y los pulgares juntos sobre el resto de las manos aproximadas al pecho expresando la perfección. Las llamadas «manos protectoras» del Islam y de otros pueblos asiáticos, e incluso la mano de Santo Tomás que se conserva en su sepulcro de Etiopía, y a la cual acuden las gentes de los alrededores para dirimir sus pleitos, no hacen más que aportar un curioso acervo a esta idea tan generalizada de que la mano, desde el punto de vista religioso, simboliza lo sobrenatural.

En la iconografía cristiana, la mano está dotada de cualidades bellas y positivas cuando corresponde a los servidores de Cristo, y todo lo contrario cuando se trata de representar a la cohorte de Luzbel. Es natural. Los mismos demonios asiriobabilónicos a los que se atribuye el origen de las enfermedades, son figuraciones fantásticas desde el punto de vista anatómico, y Ashakku, el demonio productor de la fiebre y de la tisis, nos es representado con unas manos cortas, de ancha palma y dedos como garfios.

Por eso, no debe extrañar a nadie que la demonología cristiana abunde en detalles zoológicos y truculentos. El diablo, al fin y al cabo, es un ángel caído, y «si antes fué tan hermoso como feo es ahora», según canta el Dante, la transformación obedece al castigo divino. Papini dice que las figuraciones demoníacas en el arte son caprichos ingeniosos; pero yo diría que son más bien ingenuos, de puro infantiles. Donde aparece de forma más fiel el contraste que ofrecen el ángel malo y el ángel bueno es en la escultura del pórtico de la Catedral de Bourges (siglo XIV) que se conoce con el nombre de *El pesaje de las almas*: la mano visible del demonio es de dedos gruesos, largos, horribles, mientras que la mano del arcángel San Miguel es fina, bien modelada. Al lado de esta mano demoníaca representativa, las hay, en el arte de todos los tiempos, para los gustos más variados. Verdaderas manos de animal, como en *El infierno*, de la misma Catedral; ásperas, velludas, con largas uñas en garra, que recuerdan las patas de las aves, como en el grbado en madera *Los siete pecados capitales*, de Hans Baldung Grien, que data de 1511, con sólo tres dedos cuadrados y un pulgar enorme, e incluso acompañándose de lesiones lúpicas y escrofulosas faciales, como en *El descendimiento de Cristo a los infiernos*, del retablo de Wit Stwosz, en la iglesia de Nuestra Señora, de Cracovia. Es curioso: aunque el diablo se disfrace y adopte formas humanas, la mano siempre aparecerá de otro color o de otra forma. Parece elegida como elemento para traicionarle, para descubrir su maldad. Así ocurre también con sus fieles acólitos, las hechiceras y las brujas, representadas en esculturas de fachadas catedralicias o en pinturas de Doré, del Bosco, Brueghel, etc. Y no se crea que todo esto es patrimonio de una época remota: en el Cristo atormentado por los demonios pintado por James Ensor, en 1895, las manos diabólicas siguen ostentando su forma de garra.

La mano ha sido adscrita, por tanto, a lo misterioso, a lo sobrenatural. Manos votivas, con un gesto peculiar que se dice preserva del mal de ojo, se conservan en el Museo de Berlín; y manos de reyes como Eduardo el Confesor y Carlos X de Francia curaban a los escrofulosos con sólo posarse en sus cabezas. Por cierto que en las postrimerías de esta costumbre que movilizó a millones de enfermos, el malogro Voltaire escribió a Federico de Prusia: «El Rey de Francia ha tocado en sagrado a dos mil cuatrocientos enfermos de escrófula, y les ha curado sin duda. Verdad es que una de las amantes de Luis XVI murió de esta enfermedad, a pesar de haber sido bien tocada; pero este caso es muy raro.»

Dejemos a Voltaire. El milagro, cuando existe, hay que buscarlo alumbrándonos con la luz de la fe, y es la fe seguramente la que ha dado origen a la leyenda de que algunos dedos de santos expandían una luz singular. Se dice, por ejemplo, que Santa Colomba leía levantando para iluminar lo escrito su mano derecha, y también que el abad benedictino Scot podía escribir en su sombría celda gracias a la claridad de tres dedos de su mano derecha. Leyenda o realidad, Dios nos libre de los eruditos deshumanizados y nos deje una sola cosa: la mano que bendice; porque ésta sí que nos une de una manera firme y persuasiva con el más allá. La mano que bendice está representada en multitud de documentos iconográficos, unas veces haciéndolo a la manera greca, como en mosaicos que datan del siglo XII, y otras a la manera latina —lo más frecuente—, como en la resurrección de Lázaro que pintó Giotto en la capilla de los Scrovegni, en Padua, o en el relicario de cristal de roca y plata dorada de la iglesia de San Luis, en Tolouse. No parecen estar de acuerdo todos en la explicación que se da a la forma de colocar los dedos. Los tres dedos de la mano derecha levantados significarían el alfa y omega; es decir, que Jesús es el comienzo y el fin de toda cosa. Si la elevación es solamente de dos dedos, una interpretación mística dice que quiere expresar simplemente: Jesús. Según esta misma explicación mística, los tres dedos levantados expresarían la Santísima Trinidad, y los dos replegados, las dos naturalezas de Cristo.

Sea como sea, ese gesto de la mano sirvió en la comunidad de los doce apóstoles para instituir la Eucaristía, y en todo momento es gesto de paz, de perdón y de amor. Bastaría simplemente imaginar la mano de Cristo en alto, para saber que nos decía: «La paz sea con vosotros». Y nos lo decía, nos lo sigue diciendo —esto es lo importante—, desde una lejanía que une el mundo de las cosas humanas con el mundo de las cosas divinas. Una mano, nada más que una mano, la suya, sirve de puente entre la tierra y el cielo.

El lenguaje de las manos

Es evidente, por tanto, que las manos tienen su lenguaje. No el de la Quirología, inventada por el médico inglés John Bulwer en el siglo XVII y con la cual se intentó sustituir por la mímica la palabra hablada, ni tampoco el de la Quiromancía, de la que Alejandro Dumas pronosticó equivocadamente que sería la gramática de la organización humana; el lenguaje de las manos es de más alta significación y de mayor trascendencia, y lo es no por otra cosa que por formar parte del gesto y traducir las más íntimas vibraciones del alma.

Miremos las manos de los que se acercan a nosotros: manos finas, delgadas, casi transparentes, con ese delicado dibujo de las venas que finge la nervadura de la hoja de un árbol; manos nerviosas, inquietas, ardientes, de llama viva; manos blandas, apacibles, con la carne sonrosada estampada de finos hoyuelos; manos hechas para dormir sobre una falda, para levantarse en ademán de saludo, para crisparse suplicando, para cerrarse sobre sí misma profiriendo una blasfemia o una amenaza... Decía Charles Richet, en el prefacio del libro de Varschide, que se sentiría incapaz de conceder confianza a un hombre cuyas manos fueran tortuosas, disarmónicas y groseras. Yo creo que estaba en lo cierto. Y lo estaba porque las manos, como el rostro, tienen un poco —o un mucho— de espejo, de revelación, de pantalla donde se proyectan las imágenes de lo que se fragua en lo más hondo de la criatura humana. No importa que Dylan Thomas escribiera que las manos no tienen lágrimas que derramar. ¿Es que acaso no lloran, sin lágrimas, las manos de la Dolorosa de Tiziano?

Los actos humanos constituyen, sin duda alguna, la exteriorización de la personalidad. Son, fundamentalmente, la fachada que recubre la estructura interior. En esta fachada podemos considerar dos cosas esenciales: la palabra y el gesto. Pero la palabra, como ha expresado Carlota Wolff, por estar bajo el control de la conciencia, traduce más bien la inteligencia y la educación. Sólo el gesto, a través de sutiles correspondencias, desenmascara al hombre, le deja completamente al desnudo. Y en ese gesto las manos, aun en los momentos en que la voluntad no toma parte en el juego, jamás dejan de revelar estados interiores. Las manos nunca dejan de ser sinceras; hablan con el único lenguaje que conocen, que son sus movimientos; no se niegan, no mienten jamás. Inútil, por tanto, tratar de hacer de ellas lo que no son, e inútil también tratar de enriquecerlas con algo que no sea su propio valor. Yo recuerdo a este propósito una anécdota aleccionadora: le preguntaban en cierta ocasión a Feydeau, ingenioso autor dramático francés, qué pensaba de una dama, enriquecida demasiado rápidamente, muy vulgar, pero atiborrada de joyas. Feydeau estuvo contemplándola un rato con disimulo, y al fin expresó su opinión de este modo: «No tiene todavía bastantes anillos para esconder sus manos.» Y es que las manos, como el rostro, como el alma, son como Dios les ha hecho, y ni la bondad, ni la belleza, ni el altruísmo, se pueden comprar con dinero.

Como hemos visto remontándonos a los primeros tiempos de la Humanidad, el gesto se ha considerado siempre, hasta por los primitivos filósofos, como revelador del carácter. Antes de imitar las palabras, el niño ha imitado los gestos, ha aprehendido objeto adquiriendo sensaciones y recibiendo estímulos a través de la mano. Y no es que haya que distinguir, según esto, la existencia de sentidos superiores y sentidos inferiores, incluyendo entre los últimos el del tacto. De un primer estadio instintivo, de reflejo prehensor, se pasa a una fase emocional que tiene por finalidad descargar la tensión nerviosa y en la cual acaban por elaborarse los gestos de imitación. Poco a poco se entra después en una fase objetiva, de madurez, y lo que no era más que imitación, mimetismo, se transforma en proyección de cambios interiores. A través de este recorrido que define la conducta del niño primero y del hombre después, asistimos al desenvolvimiento del carácter. Todo el organismo, según Golstein, reacciona ante un estímulo, y cada estímulo produce una situación diferente. Lo que nosotros advertimos es simplemente el exterior, la fachada. Dentro está el verdadero hombre, con sus miserias y sus grandezas, su angustia y su desequilibrio.

El lenguaje mediante gestos de la mano, dice Georges Desse, subsiste aún en nuestros días dentro de las danzas hindúes, representando y recordando la lengua religiosa de los brahmanes. Se trata de una verdadera técnica de lenguaje sagrado que, al parecer, no fué tampoco desconocida por los romanos ni por los budistas chinos y aun por los árabes. «Dios pone signos en las manos de los hombres a fin de que puedan conocer sus obras», se lee también en el *Libro de Job*. Mas todas estas técnicas de las que sólo hago mención, constituirían, por decirlo así, particularidades idiomáticas que apenas tienen que ver con la eterna psicología del hombre como tal hombre, separado de ritos, de costumbres o de prácticas extrañas. No; al hablar de lenguaje de la mano quiero expresar cambios psicológicos, estados de ánimo. Cambios psicológicos que hasta se han llevado al teatro, actuando como actores solamente las manos sobre un fondo negro. Y ya lo hemos visto en el breve recorrido por el Arte, la Historia y la Literatura: las manos dicen sin palabras lo que las mismas palabras no aciertan a decir con tanta elocuencia.

Hay, por ejemplo, en la iconografía cristiana de la Edad Media, un gesto tan repetido como miserable, el que los franceses llaman *de la figue*, que no es ni más ni menos que un gesto de burla, aplicado en este caso a los sufrimientos de Nuestro Señor. Se encuentra especialmente en los cuadros que representan la Coronación de espinas, y abunda también en retablos y libros de horas. La mano insultante y vejatoria proyecta el pulgar entre el medio y el índice o hace la figura llamada «de la cigüeña» o la «de los cuernos». Sin palabras, la mano no puede en estos casos decir más. Junto a esta expresión de burla, tan extendida que incluso en representaciones de martirios de santos se encuentra muchas veces, las manos que hablan de silencio, de dolor, apoyándose en la mejilla, como en el *San Juan al pie de la Cruz*, de Pisano; de pudor, de adoración, en la *Natividad del Niño Dios*, con las manos de la Virgen tendidas como si quisieran acariciar y proteger a un tiempo; la mano, en fin, que pudiéramos llamar «pensativa», tal como se ve en el *Lorenzo de Médicis*, de Miguel Angel, del sepulcro florentino, son gestos eternos y universales, actitudes psicológicas propias del hombre de todos los tiempos y de todas las latitudes.

No hace mucho, Vicente Aleixandre hacía una disección poética de los elementos humanos de diversos contemporáneos suyos, y en esta disección el poeta no ha podido prescindir de algo tan vital, tal insustituíble, como son las manos del hombre. Y así se detenía en la contemplación de la mano inerte de Baroja,

una mano que le daba la impresión de que aun estaba empuñando la pluma; mientras que la mano viva de Azorín se le sigue antojando que dibuja en el aire el contorno de las palabras. Manos que hablan, que siguen algunas hablando misteriosamente desde su silencio definitivo, porque nos las imaginamos tal como son, unidas a una personalidad que resiste la muerte física. Así podemos recordar también la mano de Benavente, diminuta, delgadísima, casi infantil —mano pequeña en lo material, grande en lo que atañe al espíritu—; la mano de Renan, corta y maciza como un bloque de piedra; la mano sensitiva e imaginativa de los ciegos, que da la impresión de hablarnos en voz baja, y, sobre todo, aquella mano de Teresa Sánchez de Cepeda en el cuadro de Alvarez de Sotomayor, una mano que sostiene briosamente la pluma de ave como si aun no hubiera terminado de escribir sus cartas. «En alguna parte —ha escrito Azorín— hay una mano que escribe una carta; una mano femenina.» No puede ser otra que la mano de Teresa de Jesús; una mano que está haciendo realmente oficio de sembrador. Porque ésa es otra de las virtudes de la mano: sembrar. Sembrar granos de trigo o sembrar palabras que ya no se dicen en voz alta, pero que tienen tanta fuerza germinativa como la minúscula simiente. Y si no, evoquemos por un instante aquella mano única que se alzó un día bajo el cielo de Galilea, abierta en gesto de paz. No hay que decir de quién es ni lo que va sembrando, porque es la mano que ha hablado con más elocuencia desde que el mundo busca la paz.

El alma en las manos

En definitiva, la mano separa al hombre de los brutos. Se siente orgulloso de ella; puede, a su voluntad, dibujar en el aire un gesto; puede, contra su voluntad, revelar algo que está muy en lo profundo de su ser, Dios sabe en qué resquicio, en qué recóndito desván del cerebro. Con las manos, el hombre ha realizado las más bellas conquistas, los sueños más audaces de la imaginación. Pero, ¡ay!, también con las manos ha cometido crímenes, ha despreciado, se ha burlado de los demás hombres y ha firmado sentencias de muerte.

La relación íntima que hay entre la mano y el cerebro está descartada. Se sabe positivamente que a un mayor desenvolvimiento intelectual corresponden movimientos más rápidos y precisos, y es por esta razón por la que enfermos de inteligencia limitada presentan movimientos incompletos de la mano e incluso algunos idiotas con desenvolvimiento mental frenado presentan manos de recién nacido, esto es, con el pulgar escondido bajo los otros dedos.

Desde el punto de vista estrictamente médico, la mano está en íntima relación con los factores constitucionales y, sobre todo, con las glándulas endocrinas, el temperamento y la mentalidad. Según Carlota Wolff, los gestos de la mano influyen poderosamente en la formación de los pliegues; de aquí que ciertos tipos de mano se correspondan con determinados gestos y que el estudio de unos y otros ayude poderosamente a reconocer el temperamento de una persona. Los pliegues de la mano no son, por tanto, una invención de las gitanas que predicen la buenaventura: son algo más serio y profundo, que ellas mismas, en su mentalidad primitiva, desconocen.

Los movimientos involuntarios de la mano —y sigo tomando como guía las ideas de Carlota Wolff— «tienen una calidad expresiva, a la vez concentrada y reveladora, que suministra al psicólogo una llave valiosa de los motivos subconscientes y las reacciones de la personalidad». El conocimiento de la personalidad exige, como es bien sabido, la observación desde el punto de vista psicológico. He aquí por qué se me antoja que esto de parar la atención en las manos del

hombre, actuando como médicos y como espectadores de la vida en torno, tiene un valor extraordinario. Verdad es que el estudio apurado de estas materias nos habría de llevar a un campo demasiado acotado, demasiado específico y difícil, el de la psicodinámica; pero, sin llegar al exclusivismo virtuoso, yo entiendo que el hombre de nuestros días no puede volver la espalda a lo que hay de espiritual en las manos de sus semejantes, ni desentenderse de conocer psicológicamente a los demás. El médico, mucho menos todavía, naturalmente. La psicología no se puede estimar ya como un terreno vedado, ni tampoco como un hijo espúreo de la Medicina. Recientemente se ha podido escribir, con motivo de un congreso internacional de Psicoterapia, hablando del médico y de su misión asistencial: «Como conocemos la fisiología del cuerpo, se hace necesario que conozcamos la fisiología del espíritu.» Y el espíritu está en el gesto, en la expresión, en la intimidad de cosas que parecen banales y que, sin embargo, al traducir la emoción o la pasión se colocan en primera línea.

He aquí por qué yo sentía en una tarde del pasado otoño que las manos del hombre estaban llamando a mi conciencia, reclamando su derecho a ser estudiadas y comprendidas. Manos vacías, sí; manos con su cuerpo, su esqueleto, su envoltura carnal; pero también con su alma, un alma ligada a los hechos trascendentales de la vida y de la Historia. Verdad es que al médico no se le ha exigido hasta ahora conocer el alma de los enfermos; pero, ¿a dónde iríamos a parar si nos empeñásemos en desconocerla? El mundo actual adolece de una grave enfermedad: la deshumanización; una deshumanización que se traduce en inquietud, en odio, en falso amor al prójimo. De ahí esos introvertidos que se refugian en sí mismos y rehuyen, con la expresión emocional, el grito de alegría, de confianza, que podía —y no puede— florecer de sus manos como florecen las rosas en la rama desnuda al llegar la primavera. Y es preciso, antes de intentar una terapéutica, poner al descubierto la verdad.

En el mundo actual están ocurriendo dos hechos aparentemente distantes y en realidad ligados entre sí: el predominio de la técnica y ese falso amor al prójimo a que me acabo de referir. «Porque comerás de los trabajos de tus manos, dichoso eres y siempre te irá bien», había escrito el santo de Asís en su primera regla. Y no es exactamente que el hombre haya prescindido de sus manos, sino que, a fuerza de conceder primacía a la máquina, se va olvidando de ellas transformándose en una pieza más. Se trata de ahorrar esfuerzo, de convertirse en autómata matando su individualidad creadora. En cuanto a sus tendencias agresivas, ahí están: una fuerte tensión domina al hombre de nuestros días, porque le faltan amor y comprensión.

Amor y comprensión pueden ser, por otra parte, salud física, salud espiritual. Su ausencia, según los psicoterapeutas, factor etiológico de enfermedad. ¿Y cómo se manifiesta esa falta de amor al prójimo sino también con gestos de la mano? Aun a trueque de que se me pueda decir que retuerzo los argumentos para traerlos a mi modo de ver, es evidente que tenemos delante de nosotros dos mundos opuestos y que esos dos mundos se caracterizan por dos gestos, dos lenguajes distintos: la mano cerrada, símbolo del odio, y la mano abierta, símbolo de la paz.

¿Qué sucederá en un futuro más o menos lejano? Algunos antropólogos vaticinan que ya a medida que la máquina sustituya al hombre, se irá modificando la anatomía del carpo adaptándose los huesos a una nueva situación. Se basan para ello en la afirmación de que nuestros antepasados contaban con algunos huesos supernumerarios que han ido desapareciendo al no ser necesarios. Dejando a un lado a los antropólogos, cabe preguntarse: ¿qué hará el hombre con sus manos si la técnica le ahorra movimientos?; ¿qué, si la máquina le sustituye? Ya De

Reynolds, en *L'Europe tragique,* escribía hace veinticinco años: «El hombre domina cada vez más la Naturaleza, pero no progresa en el dominio de sí mismo.» Hoy podemos decir todavía más: que va contra sí mismo. Un simple robot, con dos o tres dedos mecánicos, ejecuta trabajos manuales de una intensa precisión y finura.

Y, a pesar de todo, el hombre, la mano del hombre, seguirá fabricando robots para destrozarse a sí mismo, para anularse como individuo y como creación divina. ¿Qué hubiera sido de la Humanidad sin las manos del hombre? Y, sobre todo, ¿qué será de la Humanidad por culpa de las manos del hombre?

«Un mundo salvaje que hay que convertir de salvaje en humano y de humano en divino», decía el llorado Pío XII juzgando al mundo actual. Los años venideros verán el hecho sorprendente de que la máquina reemplace al hombre ejecutando sus trabajos manuales con maravillosa exactitud. Y lo hará —esto es lo importante— sin plantear reivindicaciones laborales. Las manos del hombre quedarán entonces para oprimir un botón, meter la palanca de un interruptor o accionar un reóstato. ¡Pobres manos humanas, creadas por Dios para empresas más elevadas, aunque más simples y fatigosas!

Si llega este triste día, ¡qué lenguaje, qué gesticulación, qué mundo de expresiones psicológicas quedará inédito, perdida ya por la mano su hegemonía! Nunca más será posible aquel gesto de la mano en alto... —«la paz sea con vosotros»—, ni siquiera podrá el hombre avanzar por el mundo, como cantó Pedro de Medina en su *Egloga a la muerte de doña Isabel de Urbina,* «en una mano el pan y en otra flores». Ni pan ni flores, ni sonrisas ni esperanzas. Si la mano del hombre, cada vez más deshumanizado, no va a saber otra cosa que cerrarse sobre sí misma con expresión de odio, o poner en marcha el dispositivo que lance un cohete estratosférico, convengamos en que habremos ido muy lejos, ciertamente, pero volveremos a parecernos al hombre de las cavernas.

Que las manos del hombre vuelvan al pan y a las flores, al esfuerzo y a la sonrisa. Que no enmudezcan nunca, que sufran, que rían, que lloren, que nos digan todos sus secretos. Y que no les falte la gracia de Dios.

BIBLIOGRAFÍA

BAUSÁ ARROYO, JOSÉ M.ª — «La Medicina en el Museo del Prado». J. Morata, editor. Madrid, 1933.

CARREL, ALEXIS.—«La Incógnita del Hombre». Ed. Iberia, J. Gil. Barcelona, 1946. (7.ª edición.)

DESSE, GEORGES.—«La Main». Ed. La Table Ronde. París, 1956.

FORGIONE, JOSÉ D.—«La vida afectiva». Ed. «El Ateneo», Buenos Aires, 1945.

GRECA, ALCIDES.—«En torno al hombre». Ed. Losada. Buenos Aires, 1941.

LAIGNEL LAVASTINE.—«Mains pathologiques dans l'Art». *Aesculape,* mars 1934.

— «Le plus vieil alphabet humaine». *Aesculape,* 1926. Págs. 178-179.

LEVY BRUHL, L.—«La mentalidad primitiva». Lautaro. Buenos Aires, 1945.

MEIGE H. et BELLUGE.—«La main dans l'Art». *Aesculape,* mars 1934.

NOURY, P.—La main, moyen d'expression». *Aesculape,* avril 1934.

RICO AVELLO, C.—«Influencia de la patología en la iconografía». *Actas del XV Cong. Internacional de Historia de la Medicina,* Madrid, 1957. Vol. I, pág. 441.

RISAC, E.—«El ojo clínico». Editorial Labor, Barcelona, 1942.

VARSCHIDE, N.—«Essai sur la psychologie de la main». Ref. en *Aesculape,* mars 1934. Pág. 79.

WOLFF, CHARLOTTE.—«Psicología del gesto». L. Miracle, editor. Barcelona, 1951.

Dirección: Gamazo, 4. Valladolid.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 398 - TOMO LXVII
MAYO 1959

SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS SEUDOARTROSIS POR LA OPERACIÓN DE ENCHUFAMIENTO TELESCÓPICO

POR EL

DR. MANUEL BASTOS ANSART

BARCELONA

SIEMPRE hemos creído que la elaboración de un nuevo método operatorio era un asunto demasiado serio para dejarlo relegado al uso personal. Entendemos, por el contrario, que todo el que idea o pone en práctica una operación original, contrae la obligación de hacer públicas sus experiencias sucesivas con la misma. Sobre todo, cuando los resultados obtenidos no corresponden a lo que el autor esperaba de su método. Por desgracia, es cosa corriente que los promotores de nuevas operaciones se olviden de hacer saber que las han abandonado cuando sucesivos fracasos les obligan a ello. Así nos ha ocurrido a todos alguna vez; el hecho de enfrentarnos con el propio famoso colega cuyo nombre iba unido al de una operación bien conocida y hablarle de ella con cortés encomio..., para oírle decir, dejándonos estupefactos: "¡Ah! ¿Usted todavía hace aquella operación mía? ¡Yo ya no la hago; no sirve para nada!"

Esto no debe suceder. Y los cirujanos, más que nadie, tenemos el deber de comunicar sinceramente y prontamente nuestros malogros, nuestras desilusiones y nuestros cambios de criterio. En materia tan llena de responsabilidades como es la práctica quirúrgica, es preciso cortar prontamente el paso a los errores. Pero ello mismo justifica plenamente la obligación de no callar los aciertos. Dicho de otro modo: si el tiempo y una práctica cada vez más extensa muestran de un modo inequívoco la eficacia de una operación dada, es legítimo insistir en propugnarla. Pues ello va en beneficio de todos.

Sirve lo antedicho de justificación al presente trabajo. Se trata en él de encomiar nuevamente la operación por nosotros descrita para la cura de las seudoartrosis de los huesos largos, en especial los de la extremidad superior. Consiste tal operación en el "enchufamiento telescópico" de los extremos óseos previamente refrescados y conformados de modo que puedan ser incrustados firmemente el uno en el otro, asegurando así su fijeza mutua sin necesidad de ningún medio de ósteosíntesis.

* * *

Nuestros primeros resultados con la operación de referencia fueron comunicados al IV Congreso de la S. I. C. O. T., en Amsterdam. Posteriormente hemos dado a conocer los fundamentos de este método junto con nutridas aportaciones

casuísticas en nuestro libro «Seudoartrosis», hoy agotado, y en un artículo publicado en el *Zeitschrift für Orthopädie*. Por último hemos llevado el tema al Congreso de la Sociedad Italiana de Ortopedia y Traumatología, celebrado en fecha



Fig. 1. — Operación de enchufamiento telescópico en el húmero. Incisión de la piel sobre el punto más saliente del brazo al movilizar la seudoartrosis.

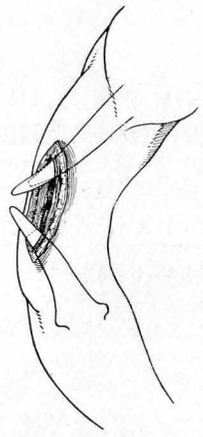


Fig. 2.—Los fragmentos de seudoartrosis han sido exteriorizados. Los picos han de cortarse por las líneas de puntos.

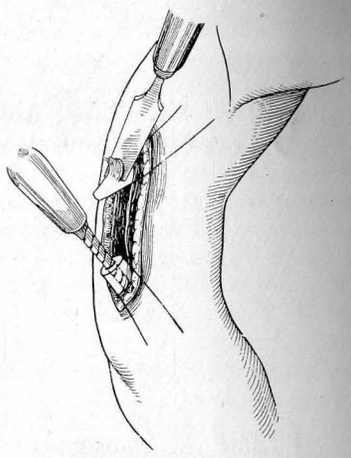


Fig. 3.—Se ensancha la cavidad medular del fragmento «hembra» y se refresca el fragmento «macho» para poder introducirlo en el opuesto.

reciente y al que fuimos amablemente invitados. Y ahora nos proponemos hacer hincapié en algunos puntos importantes de nuestro método, añadiendo nuevas observaciones inéditas.

Razonemos muy brevemente los *fundamentos de nuestro proceder*. Es evidente que en la curación de las fracturas tienen un papel determinante los factores mecánicos, como corresponde a la fisiología de un tejido como el óseo, cuya misión es, ante todo, mecánica y cuya nutrición está subordinada plenamente a las influencias mecánicas. Por eso es cosa cierta que la mayoría de las seudoartrosis son simple consecuencia de un defecto en el acoplamiento o en la fijación de los fragmentos. Y para curarlas, lo primero que se necesita es poner los extremos óseos, cuidadosamente refrescados, en un contacto lo más íntimo posible, en la inmovilidad más absoluta y en condiciones de hacer fuerte presión el uno contra el otro.

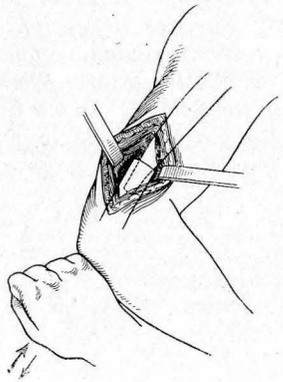
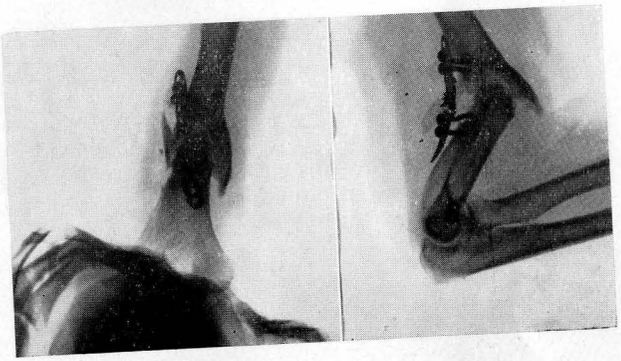


Fig. 4.—Una vez conseguido el enchufamiento a fondo de ambos fragmentos, se le asegura con unos enérgicos golpes sobre el codo.

Así es cómo el carpintero ha de proceder para unir sólidamente, encolándolos, dos trozos de madera. En los huesos fracturados, la «cola» nos la proporciona la naturaleza. Es posible que esta «cola», es decir, el medio osificable, pueda hacerse más adhesiva mediante influencias biológicas directas o indirectas; más concretamente, mediante fármacos o productos orgánicos en administración general o en aplicación local. Pero estas problemáticas acciones químicas o biológicas nunca llevan a buen fin cuando todo se confía a ellas y no se atiende a los requisitos mecánicos de la curación, esto es, no se procura al mismo tiempo una buena fijación mutua de los extremos óseos a modo carpinteril. Así hemos visto fracasar una y otra vez esas inefables inyecciones intrafocales de sustancias pretendidas excitadoras de la producción callosa e incluso esas aplicaciones de trozos de hueso o de periostio puestos en contacto, sin más, con el foco de seudoartrosis, en espera de influencias hormonales o de acciones de presencia que, en definitiva, son puramente hipotéticas.



A B

Fig. 5.—A y B. Seudoartrosis de tercio inferior del húmero, después de intento fracasado de osteosíntesis con placas.

No suele fracasar, en cambio, la cura quirúrgica de las seudoartrosis cuando se conduce según los principios mecánicos antedichos. Aunque no se haga otra cosa, es decir, aunque todo el tratamiento quede reducido a la fijación mecánica de los fragmentos. Pero esta fijación ha de hacerse de modo tal, que respete la vitalidad del tejido óseo y tenga en cuenta las reacciones del mismo, la tolerancia de sus distintos componentes y la complejidad, no sólo biológica, sino física, de estos componentes en cada hueso y en cada porción de hueso.

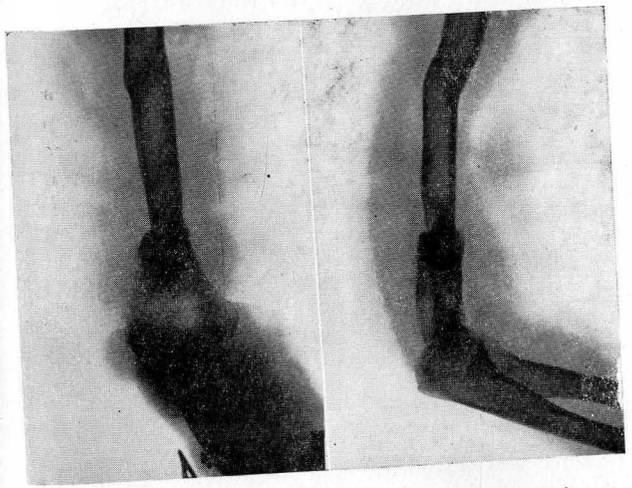


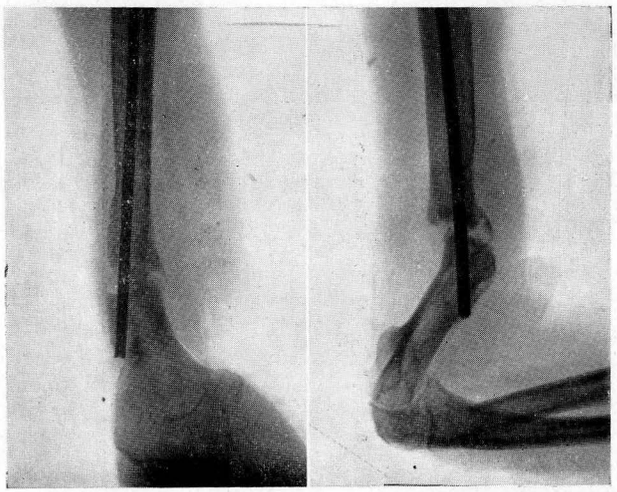
Fig. 6.—El mismo caso, curado después de operación de enchufamiento. Se ha asegurado éste mediante el paso de un alambre metálico a modo de chaveta.

Por olvido de estos requisitos, es decir, por considerar los huesos como trozos de madera o piezas de maquinaria rotas, se malogran muchas operaciones de osteosíntesis. Tal vez se logre con ellas una buena fijación de los fragmentos, pero ello es a costa de sobrecargarlos férreamente con clavos, tornillos, placas o vástagos metálicos. Que, aparte de su acción como cuerpos extraños, pueden influir desfavorablemente sobre la consolidación. Así sucede, por lo menos, cuando los medios de ósteosíntesis mantienen los fragmentos, pero sin hacer presión el uno sobre el otro. Lo cual, según hemos dicho, es uno de los requisitos

insdispensables —tal vez el más indispensable de todos— para una buena formación callosa.

* * *

No tiene, no puede tener, ninguno de estos inconvenientes la *fijación de los fragmentos de seudoartrosis por simple enchufamiento mutuo* a modo de los tubos de un anteojo. Ello no exige más que el refrescamiento de la parte externa del fragmento «macho» y una excavación a fondo del fragmento «hembra». Tal preparación debe permitir la introducción de un cabo óseo en el otro. Y si este enchufamiento se hace en profundidad suficiente y a frotamiento rudo, es decir, con íntimo contacto y fuerte presión de ambas piezas tubulares, debe quedar bien asegurada la unión de las mismas en condiciones óptimas. Sin necesidad de medio alguno de fijación interna.



A B

Fig. 7.—A y B. Seudoartrosis de tercio inferior de húmero tratada infructuosamente por clavo intramedular.

La práctica, no sólo nuestra, sino de otros colegas, ha sancionado de la manera más favorable este recurso de técnica. Como es de suponer, solamente se prestan a su empleo las seudoartrosis diafisarias. Las más frecuentes de todas ellas, y también las más difíciles de tratar, las seudoartrosis del húmero, constituyen el campo más apropiado para la operación de enchufamiento. También son excelentes los resultados de esta operación en las seudoartrosis del antebrazo no acompañadas de extensa pérdida de sustancia. Y quedan excluídas de dicho tratamiento, por lo menos en principio, las seudoartrosis del miembro inferior. Ya se comprende que la operación a que nos referimos produce necesariamente un acortamiento del hueso afecto. Esto no tiene el menor inconveniente cuando se trata de la extremidad superior. Pero en la pierna es obligado prescindir de una operación perfectamente hacedera por lo demás, pero que tiene la contrapartida de dejar un miembro más corto que el otro. Por el contrario, las indicaciones del método en las seudoartrosis del brazo no tienen limitación alguna. Cualquiera que sea la disposición de la seudoartrosis: laxa o apretada, simple o con pérdida de sustancia, aunque ésta sea muy considerable, puede curarse con toda seguridad mediante la operación de enchufamiento. Lo único que se necesita, naturalmente, para que la operación tenga éxito, es que el foco no se encuentre en estado de infección activa. Ninguna otra complicación local puede ser impedimento para aplicar el método y para obtener con él la curación.

La *técnica general de la operación* se encuentra descrita en nuestra obra «Tratado de Operatoria Ortopédica y Traumatológica». Creemos útil, sin embargo, señalar aquí algunos detalles de la misma. La incisión de la piel debe practicarse sobre el punto donde hacen mayor prominencia los fragmentos al curvar fuertemente el miembro en la zona de la seudoartrosis (fig. 1). Esta incisión llega a fondo hasta el foco y permite descubrir y desperiostar cuidadosamente el fragmento más saliente hasta hacerle exteriorizarse en la herida. Se descubre y hace salir en la misma forma el fragmento más oculto. Teniéndolos a la vista, es fácil saber cuál debe ser elegido como «macho» y cuál como «hembra» (fig. 2). Este último debe ser excavado a fondo mediante ese excelente instrumento que es el perforador de mano helicoidal de Putti. El fragmento «macho» es refrescado por su cara externa hasta darle un grosor apropiado para que pueda introducirse hondamente en el hueco de la cavidad medular del fragmento «hembra» ensanchada por el perforador (fig. 3). Una serie de ensayos son precisos antes de conseguir que el encastramiento de ambos fragmentos se haga bastante profundo, hasta el punto de garantizar una sólida fijación mutua. Se asegura esta fijeza dando algunos golpes enérgicos en el codo, cuando se trata de seudoartrosis del brazo (fig. 4), o mediante análogas maniobras en el antebrazo. En ocasiones nos ha parecido conveniente pasar un alambre a través de ambos fragmentos, para impedir que se separen en el curso consecutivo (figs. 5 y 6).



Fig. 8.—El mismo caso, curado después de operación de enchufamiento.

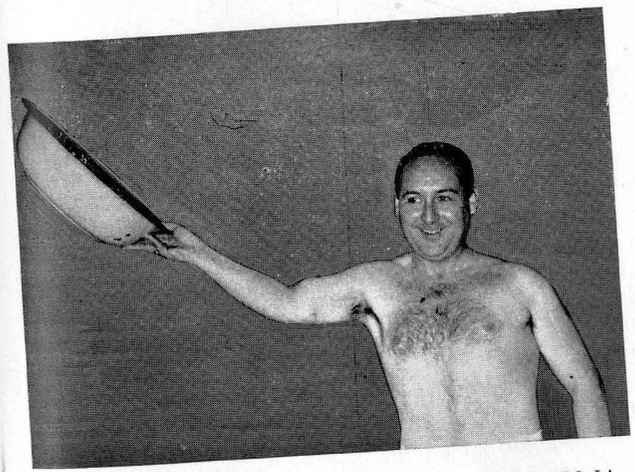


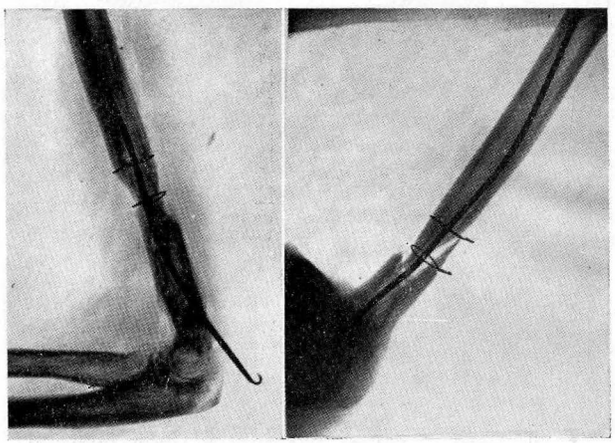
Fig. 9.—El enfermo de la figura anterior, mostrando la fuerza de su brazo. Este ha quedado algo más corto, pero ello no disminuye en nada su capacidad. La relajación de los tejidos a que da lugar este pequeño acortamiento es, en cambio, un factor importante en la curación.

La sutura de los planos

profundos y de la piel termina la operación. Como es natural, esta sutura se hace sobre tejidos muy relajados, pues así les pone el acortamiento del armazón óseo de la extremidad. Esto es, a nuestro entender, una de las principales ventajas de la operación que propugnamos. El estado de laxitud de las partes blandas las pone, efectivamente, en las mejores condiciones de vascularización y de trofismo. Por eso estas operaciones llevan siempre un curso excelente y la cicatrización de las heridas respectivas, lo mismo que la formación del callo en los huesos así rodeados de partes nutricias en condiciones óptimas, se hace siempre en las mejores condiciones, sin el menor incidente y con pleno éxito (fig. 9).

* * *

Así puede apreciarse claramente en las radiografías que ilustran el presente trabajo. Todas ellas se hicieron en enfermos que habían venido a nosotros después de haber sufrido el fracaso de otros tratamientos (figs. 5 a 11). En otros casos, eran tan desfavorables las condiciones locales, que hacían imposible toda operación de osteosíntesis o de aplicación de injertos (figs. 12 y 13). En unas y otras circunstancias, la operación de encastramiento mutuo de los fragmentos no sólo era el mejor modo de curar la seudoartrosis, sino que además era el único; queremos decir que tal intervención era el único modo posible de curar ciertos tipos de esta tan desagradable como bochornosa complicación de las fracturas.



A B

Fig. 10.—A y B. Seudoartrosis de tercio medio de húmero tratada por el clavo intramedular (que salía a través de la piel) y ligadura metálica.

No hemos de apoyar con estadísticas estas afirmaciones. Los documentos clínicos que presentamos hablan por sí mismos. Todos ellos se refieren a los casos más representativos de nuestra práctica, es decir, a aquellos que se encontraban en peores condiciones antes de la operación y ofrecían mayores dificultades en la realización de ésta. Unas veces se trataba, como puede verse, de la disposición poco apropiada de los fragmentos para el logro del enchufamiento. Esto ocurría especialmente en las seudoartrosis del antebrazo, sobre todo las complicadas con pérdidas de sustancia de uno o de ambos huesos.

En otros casos, el principal obstáculo al enchufamiento lo constituía la precaria condición de los extremos de seudoartrosis, como consecuencia, casi siempre, de una antigua infección operatoria del foco. En tales condiciones es muy de temer que el fragmento macho no tenga la suficiente resistencia para obrar como «espiga» embutida en el fragmento hembra. Así nos ocurrió en un caso, que esta espiga apareció quebrada al poco tiempo de la operación. Pero ello no impidió la curación de la seudoartrosis, aunque sí exigió una inmovilización del miembro excepcionalmente prolongada.

En dos casos de enchufamiento, indudablemente poco sólido, se deshizo éste por sí mismo, a los pocos días de la operación y a consecuencia de una mala inmovilización del brazo. Debe reconocerse que esta inmovilización del brazo es cosa difícil. La mejor manera de realizarla, tanto en las fracturas recientes como en las operaciones de enchufamiento, es el gran escayolado toracobraquial. (Esas aparatosas alambreras que llaman aeroplanos siempre nos parecieron cosa funesta.)



Fig. 11.—El mismo caso, libre de la baqueta ofensiva y curado por enchufamiento.

Pero no podemos negar que el yeso toracobraquial no siempre asegura la fijación del brazo. Lo peor que puede ocurrir es que descienda a lo largo del tronco arrastrando el brazo, alargándole o combándole. Así suele ocurrir en las personas gruesas, cuyo panículo adiposo experimenta en corto tiempo enormes variaciones de grosor. Y así ocurre en los dos casos a que hacemos referencia. En ambos hubo que hacer una segunda operación de enchufamiento asegurándolo con un pasador transversal (alambre de Kirschner), y así se consiguió también en ambos la completa curación.

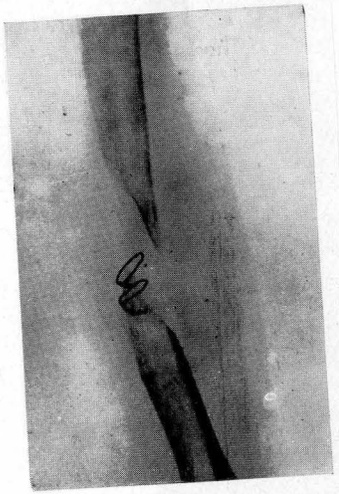


Fig. 12.—Seudoartrosis de tercio medio de brazo consecutiva a fractura abierta e infectada. Se había hecho un intento, fallido, de ligadura metálica.

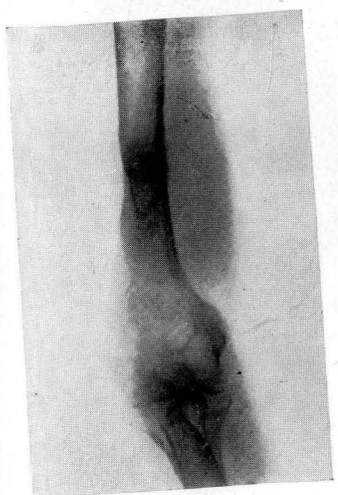


Fig. 13.—La operación de enchufamiento, única posible en el caso, proporcionó la curación.

Lo mismo sucedió *en todos, absolutamente en todos* los casos de seudoartrosis del miembro superior operados por nosotros. He aquí por qué no presentamos estadísticas de resultados, pues las mismas habían de resumirse en jactancioso —y siempre sospechoso— cien por ciento. Hemos de apelar al crédito que el lector se sirva concedernos para proclamar este feliz resultado de nuestro método. Añadiremos que también se han curado sin excepción alguna, según nuestras noticias, los pacientes operados por otros colegas siguiendo nuestro método.

Ultimamente lo hemos empleado también, a pesar de lo antedicho, en un caso de seudoartrosis del miembro inferior. Se trataba de un caso excepcional de seudoartrosis de ambas piernas por su tercio inferior, que, como es sólido, había sufrido varias operaciones

de osteosíntesis y de injertos, todas fracasadas, con la consecuencia, además, de una profunda infección del foco. El enchufamiento era, una vez más, el único recurso posible, y en el caso podía realizarse sin gran inconveniente, puesto que ambas piernas habían de ser reducidas de longitud en la misma medida, poco más o menos. Efectuamos, pues, esta operación, con las variantes adecuadas en la técnica general y tras de una seria preparación local del foco. Todo nos hace esperar que también en este caso obtendremos un buen resultado. Pero es pronto todavía para asegurarlo.

Hace tiempo, en cambio, que hemos renunciado a tratar por el enchufamiento las seudoartrosis congénitas de tibia, que en trabajos anteriores considerábamos como indicación de tal proceder quirúrgico. Pero no tardamos nada en dar a conocer tal cambio de opinión. Y nos consideramos, por tanto, limpios del pecado a que se alude en las primeras líneas de este trabajo.

RESUMEN

Se hacen consideraciones sobre el tratamiento de las seudoartrosis, proponiendo un método personal para la fijación de los fragmentos mediante simple "enchufamiento mutuo" a modo de los tubos de un anteojo, lo que no exige más que el refrescamiento de la parte externa del fragmento "macho" y una excavación a fondo del fragmento "hembra" para la introducción de un cabo óseo en el otro.

Precisa y comenta algunos puntos de la técnica a seguir en estos casos, en que fracasan otros procedimientos de osteosíntesis, haciendo hincapié en algunos puntos importantes, y añade nuevas observaciones inéditas de casos personales tratados con éxito.

Domicilio: Paseo de la Bonanova, n.º 22, Barcelona.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 398 - TOMO LXVII
MAYO 1959

¿AUMENTAN ACTUALMENTE LAS MUERTES REPENTINAS?

(CÓMO Y POR QUÉ SE MUERE REPENTINAMENTE)

POR EL

DR. EMILIANO ECHEVERRÍA MARTÍNEZ

ACADÉMICO NUMERARIO DE LA REAL DE MEDICINA

ZARAGOZA

En el transcurso de los años, muchas cosas cambian en la vida. Entre estos cambios hemos de señalar los que actualmente se están produciendo en la manera de enfermar y en el modo de morir. De todos es conocido el hecho de que van desapareciendo de la clínica humana muchas enfermedades —infecciosas principalmente— y, en cambio, se presentan otras con más frecuencia e incluso aparecen entidades patológicas nuevas.

También cambian las formas de morir o, mejor dicho, de perecer. Sabido es que *morir* es dejar de ser, y *perecer* es recibir la muerte. Se *muere* siguiendo la ley invariable de la Naturaleza, y, en cambio, se *perece* al dejar de vivir a consecuencia de un padecimiento o, mejor dicho, tras de sufrir una violencia mortal.

Esta distinción entre el morir y el perecer se hace más patente y necesaria cuando se habla de muertes repentinas. La muerte súbita o muerte repentina reúne la condición de ser rápida, unida a la circunstancia de ser inesperada.

De aquí que la muerte que se ha dado en llamar *natural* casi nunca se presenta como muerte repentina; porque la muerte súbita lleva casi siempre consigo un componente de agresividad en el agente causal, condición presente en el *perecer* y ausente en la muerte natural.

Creemos necesario precisar con más detalle lo que entendemos por muerte repentina.

En primer lugar, esta clase de muerte debe tener la condición de inesperada, aunque en algunos casos no sea imprevista. Una enferma de estrechez mitral puede morir súbitamente de embolia: la muerte no se esperaba, pero la condición embolizante de la enfermedad estaba prevista.

En segundo lugar, la muerte repentina tiene que ser rápida.

Y aquí es donde la circunstancia del tiempo puede ser variable. La muerte puede producirse en segundos (repentina) o pueden transcurrir horas entre la iniciación de los síntomas alarmantes hasta el momento de perecer. Ahora bien, la muerte súbita, para merecer este nombre, debe presentarse como máximo a las veinticuatro horas de comenzar la sintomatología; sin embargo, se presentan casos en los cuales, a pesar de que la muerte es inesperada y súbita, el enfermo resiste durante más tiempo a la acción mortífera del agente causal y no se presenta aquélla hasta pasadas cuarenta y ocho horas o más. En estos casos, más que de muertes repentinas debiéramos calificarlas de muertes rápidas.

Comunicación presentada en la Real Academia de Medicina de Zaragoza, en la sesión celebrada el día 5 de febrero de 1959.

Otra condición de la muerte súbita es su carácter médicolegal.

La mayoría de estas muertes acaecen en la vía pública, en lugares de trabajo, en circunstancias de soledad, y como buen número de ellas son producidas por accidentes, traumatismos, intoxicaciones o envenenamientos, es aconsejable para el médico no eludir nunca los trámites legales que se siguen ante muertes violentas.

* * *

Las causas principales de la muerte súbita, de un modo general, podemos dividirlas en:

1.º Traumáticas.
2.º Tóxicas (intoxicaciones accidentales y envenenamientos).
3.º Enfermedades cardiovasculares.
4.º Otras enfermedades.

Nuestro objeto es comentar exclusivamente las muertes súbitas cardiovasculares; no obstante, queremos, antes de pasar adelante, señalar que es bien notorio que las muertes por accidentes y traumatismos son cada día más frecuentes en la actual época del maquinismo.

Las muertes tóxicas no son muy frecuentes, pues la mortalidad inmediata por intoxicaciones de todo género oscila alrededor del cinco por ciento. Haciendo un cómputo estadístico, podemos señalar que entre las intoxicaciones de interés clínico, el 66 por ciento son casos de suicidio; un 24 por ciento, intoxicaciones accidentales, y el 10 por ciento restante pertenece a intoxicaciones profesionales.

Los casos de suicidio, en hombres, producen mucha mortalidad, porque en el 77 por ciento se ha seguido el procedimiento de arma de fuego, ahorcamiento, sofocación y despeñamiento, por orden de frecuencia en su presentación. En cambio, en la mujer, el suicidio produce escasa mortalidad inmediata, pues la mujer emplea para suicidarse, en el 60 por ciento de los casos, gas del alumbrado o hipnóticos y sedantes; ambas intoxicaciones tienen un tratamiento enérgico y eficaz.

Las intoxicaciones accidentales y profesionales cada día que pasa son menos mortales, y lo serán menos a medida que se consiga *destoxicar* el gas del alumbrado, suprimiéndole el óxido de carbono que contiene; cuando se sustituyan las sales de talio, en los productos raticidas, por glucósidos de la escila, y a medida que se exija la receta médica para el uso de toda clase de medicamentos.

El capítulo de muertes súbitas por enfermedades no cardiovasculares es m extenso, y cada día nuevas enfermedades entrarán a ser motivo relativamente frecuente de muerte rápida. No podemos entrar en detalle sobre estos asuntos, pero sí queremos llamar la atención sobre el papel que ciertas alteraciones sanguíneas, como la agranulocitosis (de origen medicamentoso o alérgico), pueden ser causa esencial de muerte rápida: nosotros hemos tenido ocasión de observar un caso de muerte acaecida en cuarenta y ocho horas, por agranulocitosis alérgica (por sensibilización con tiouracilo).

En este amplio capítulo se comprenden principalmente las muertes súbitas acaecidas a consecuencia de procesos vasculares agudos encefálicos (edema, embolia y hemorragia cerebrales): las ocasionadas por hemorragias digestivas copiosas y fulminantes; por embolias de diversa localización: por embarazo tubárico, etc. Las sobrevenidas tras de comas metabólicos (hipoglucémico, hepático, diabético) o urémico, o por meningitis, encefalitis fulminantes, tumores cerebrales, etc.

En todos estos procesos la muerte rápida se presenta con bastante frecuencia, y actualmente en número mucho mayor que en épocas pasadas.

Pero la muerte repentina puede decirse que, en realidad, es una muerte cardiovascular. Su estudio es el principal objeto de este trabajo.

Existe *insuficiencia cardiovascular* cuando en el organismo es imposible mantener un volumen minuto sanguíneo que cubra todas las necesidades de sangre y de oxígeno de los tejidos.

A la insuficiencia cardiovascular se puede llegar por dos mecanismos: primero, porque el corazón sea incapaz de mantener el gasto cardíaco que requieren las necesidades hemáticas del cuerpo, y, segundo, porque mediante el fallo de la función vascular se pierda la regularización en la distribución de la sangre, originándose una desproporción entre el continente y el contenido.

En el primer caso se dice que existe insuficiencia cardiovascular de origen central, o cardíaca; en el segundo caso se habla de insuficiencia cardiovascular de origen vascular, o periférica. En realidad, esta distinción sólo puede hacerse en los comienzos de la insuficiencia, pues al final, el fallo circulatorio es central y periférico a la vez.

Ahora bien, la insuficiencia cardiovascular puede ser aguda o crónica, según la rapidez e intensidad con que se instaura.

Cuando la insuficiencia circulatoria es la causa de muerte súbita, el fallo circulatorio es agudo y total, aunque inicialmente predomine una u otra forma de insuficiencia.

Desde otro punto de vista, las muertes súbitas de origen circulatorio pueden presentarse en sujetos afectos de enfermedad cardiovascular o en ausencia de todo proceso patológico del aparato circulatorio.

En los casos de muerte repentina sin enfermedad circulatoria anterior, generalmente la insuficiencia circulatoria inicial que ocasiona la muerte es de origen periférico. En ellos, el déficit de irrigación de los tejidos obedece al fallo de las funciones vasculares periféricas, originándose una pronunciada hipotensión arterial, con disminución del volumen sanguíneo circulante y descenso del volumen venoso que retorna al corazón.

De los tres síndromes clínicos con que esta insuficiencia se presenta en la clínica, o sea: primero, lipotimia; segundo, síncopes vasculares, y tercero, colapso vascular o shock, solamente los dos últimos pueden ocasionar la muerte súbita.

Cuando la muerte súbita se presenta en antiguos cardiópatas, es consecuencia, casi siempre, de la insuficiencia cardíaca previa, que sufre el enfermo.

La insuficiencia cardíaca puede definirse como la disminución o pérdida total del poder de adaptación del gasto cardíaco a las necesidades del organismo.

Se produce esta insuficiencia, es decir, se origina una disminución del gasto cardíaco, por cuatro causas: primera, retorno venoso deficiente; segunda, contracción cardíaca imperfecta; tercera, aumento de resistencia a la expulsión de sangre por el corazón, y cuarta, aumento de las exigencias periféricas.

Cualquiera de estos mecanismos o, lo que es más común, la reunión de varios de ellos, dará lugar al fallo cardíaco; pero la expresión clínica de este fallo será distinta según cuál sea la parte de corazón preferente e inicialmente afectada.

De aquí que en la clínica reconozcamos insuficiencia ventricular izquierda, insuficiencia ventricular derecha e insuficiencia cardíaca de ambos ventrículos o global. Existe otra insuficiencia cardíaca cuando está dificultado el relleno de los ventrículos, es decir, cuando por diferentes mecanismos se disminuye o dificulta la diástole, o sea, la insuficiencia cardíaca por adiastolia.

Estos cuadros clínicos generalmente llevan una marcha lenta, pero también pueden presentarse en forma aguda, y en cualquiera de sus formas pueden ser de tal intensidad y violencia, que ocasionen la muerte repentina.

Vamos a resumir todas estas formas de muerte repentina de causa cardiovascular en el siguiente cuadro:

MUERTE REPENTINA CARDIOVASCULAR

- Sin enfermedad cardiovascular anterior
  - Insuficiencia circulatoria inicial y preferentemente periférica
    - Síncope vascular
      - Síncope vascular reflejo
      - Síndrome del seno carotídeo
      - Síncope postural
      - Síncope de los aviadores
    - Shock
      - Oligoémico
        - Pérdida de sangre (hemorragia aguda)
        - Pérdida de plasma (quemaduras, anafilaxia, envenenamientos, infecciones)
        - Pérdida de agua (diarrea, vómitos, acidosis diabética Addison)
      - Motor
        - Excesiva contrarregulación simpática ... Terror, frío, dolor, asfixia, insulina, shock traumático
        - Pérdida de tono centro motor ..... Venenos centrales, ej. morfina, anestésicos
        - Pérdida del tono periférico ..... Síncopes vasculares, anestesia raquídea
        - Oclusión vascular mecánica ..... Trombosis y embolias / Accidentes de transfusión
- Con enfermedad cardiovascular previa
  - Insuficiencia cardíaca aguda
    - Ventricular izquierda ..... Edema agudo de pulmón
    - Ventricular derecha ..... Cor pulmonale agudo (embolia pulmonar)
    - De ambos ventrículos ..... Muerte súbita (fibrilación ventricular; paro cardíaco)
    - Adiastolia ....
      - Por abreviación de la diástole ..... En más: taquicardia paroxística / En menos: síndrome de Stokes Adams
      - Por limitación de la diástole ..... Taponamiento pericárdico por derrame hemorrágico

En cualquiera de los casos señalados en este cuadro esquemático se puede producir la muerte, ya repentina, ya rápida. Como dijimos al principio, entendemos por muerte repentina la producida en segundos o minutos, y por muerte rápida, la acaecida en menos de veinticuatro horas.

La muerte fulminante es asintomática, y nuestro diagnóstico será las más de las veces de pura presunción. En la muerte rápida se presentan síntomas suficientemente significativos para poder sentar un diagnóstico fundamentado y cierto. Más adelante pasaremos revista a estos cuadros clínicos, deteniéndonos en algunos que, por su frecuencia, ofrecen más interés al clínico.

Ahora cabe preguntar: ¿cuál es el mecanismo patogénico de estas muertes repentinas?

Siguiendo a HEGGLIN, podemos diferenciar cuatro tipos patogénicos de insuficiencia cardíaca.

Tipo energético-dinámico.—En estos casos, la estructura y el metabolismo de la fibra cardíaca sufren alteraciones. Se modifica la estructura histológica del miocardio en los casos de inflamación, es decir, en las miocarditis; en los procesos isquémicos en los cuales la falta de riego ocasiona, por un lado, la falta de elementos nutritivos, y por otro, el escaso suministro de oxígeno y de determinados elementos hormonales, fermentativos, etc., que dan lugar a la alteración submicroscópica de la miofibrilla.

En los procesos degenerativos, es decir, en las miocardosis, lo que primitivamente se altera es el substrato químico de la contracción del miocardio.

En todas estas circunstancias el corazón se descompensa por claudicación ante exigencias, no excesivas, sino simplemente normales, de los tejidos.

En estos casos de claudicación cardíaca (muerte por infarto de miocardio, por colapso cardíaco de las infecciones, etc.) la disminución del gasto cardíaco obedece a la alteración primitiva de la contracción cardíaca.

Tipo hemodinámico.—Cuando el corazón encuentra dificultada la expulsión de la sangre; en casos de hipertensión de la circulación general o de la circulación pulmonar; en caso de lesiones valvulares estenosantes que dificultan el paso de la sangre por los orificios cardíacos, o en las insuficientes que determinan su reflejo, y en casos de cortocircuitos entre el corazón derecho y el izquierdo, o entre arterias y venas de gran calibre, la consecuencia obligada es que siempre queda sangre en una u otra cavidad cardíaca durante la diástole. Ello trae consigo una distensión (no dilatación como erróneamente se dice) de las fibras cardíacas, debida a la mayor presión y volumen de sangre que hay en las cavidades.

Con arreglo a la ley de Starling, cuando la fibra se distiende más de lo normal, su energía contráctil aumenta, y con ello el sístole es más potente, consiguiendo de esta forma la expulsión de la sangre en exceso. Al repetirse estas circunstancias, la fibra, reiteradamente distendida, se hipertrofia, y de esta forma el corazón recobra el adecuado gasto. Si persiste la resistencia a la expulsión sistólica, entonces llega un momento en que, por aumentar el grosor de las miofibrillas y no haber aumento paralelo de los vasos nutricios, se ocasiona anoxia y mala nutrición del miocardio, y la fibra se altera en su estructura y se dilata, presentándose la insuficiencia irreversible. Cuando estas claudicaciones son intensas y bruscas, se puede producir la insuficiencia cardíaca aguda de sobreesfuerzo y la muerte rápida. Son los casos de muerte súbita por edema agudo de pulmón, embolia pulmonar masiva, etc.

Tipo excitomotor.—En estos casos no hay lesión de la fibra cardíaca; no hay tampoco dificultad alguna en la expulsión de la sangre; lo que ocurre es que existe una alteración funcional u orgánica del sistema específico del corazón. Como

consecuencia de ello se presentan alteraciones en la excitación o conducción de los estímulos; éstas pueden ser en más, originándose entonces taquicardias paroxísticas, fibrilaciones auriculares o ventriculares, o pueden ser en menos, dando lugar a los bloqueos, paro cardíaco, etc.

Entonces se produce la insuficiencia cardíaca como consecuencia de la arritmia, que dificulta o anula el gasto cardíaco. Cuando estos fenómenos se presentan en forma aguda y de gran intensidad, puede producirse la muerte súbita (casos de muerte por síndrome de Stokes-Adams, por fibrilación ventricular o paro cardíaco durante anestesias, etc.).

Tipo adiastólico.—En condiciones normales, el gasto cardíaco, o sea, la cantidad de sangre que expulsa el corazón cada minuto, es igual a la cantidad de sangre venosa que le llega. Cualquier disminución de la sangre, que penetra durante el diástole, ocasiona una alteración del gasto cardíaco, y si es muy grande el déficit, puede ocasionarse la muerte rápida.

Ahora bien: ese déficit puede presentarse en las siguientes circunstancias:

1.ª Cuando exista pérdida de sangre o plasma sanguíneo debida a hemorragias, quemaduras, intensas pérdidas hidrosalinas, etc.; en general, se trata entonces de la insuficiencia cardíaca brusca del shock.

2.ª Cuando, a pesar de tener el mismo volumen de sangre circulante, la cantidad que entra en el corazón es escasa e insuficiente, por la abreviación del diástole, como ocurre en las grandes taquicardias paroxísticas. Sabido es que el gasto cardíaco se acrecienta por aumento de la frecuencia cardíaca o por aumento del volumen sistólico; pero, según una de las leyes de Starling, el aumento proporcional entre gasto cardíaco y pulsaciones por minuto se mantiene tan sólo a frecuencias inferiores a 160, pasada la cual, el gasto cardíaco disminuye a medida que es mayor la frecuencia. Por esto en las grandes taquicardias, como en las pronunciadas bradicardias, el gasto cardíaco puede hacerse tan pequeño que se produzca la muerte instantánea.

3.ª Pueden ocurrir también estos hechos por limitación de la diástole, cuando el corazón no puede expansionarse debido ya a adherencias de pericarditis constrictivas, ya a obliteración de la cavidad pericardítica a consecuencia de derrames que comprimen súbitamente las cavidades cardíacas (taponamientos bruscos por hemorragias, etc.).

Ahora bien, a poco que pensemos, nos daremos cuenta de que la patogenia de estas bruscas insuficiencias cardíacas muchas veces es múltiple. Por ejemplo, en las taquicardias paroxísticas, una parte obedece a la adiastolia, pero otra viene determinada por mecanismo excitomotriz, y a fin de cuentas, lo mismo el mecanismo hemodinámico, como el adiastólico, como el excitomotriz, no ocasionarán rápidamente el desfallecimiento cardíaco, a no ser porque previamente la estructura o la bioquímica de la miofibrilla no estuviese alterada profundamente.

* * *

Veamos ahora el aspecto clínico de la muerte repentina. Fijándonos en el cuadro esquemático, veremos que hay casos en los cuales la muerte es consecuencia de una brusca e intensa insuficiencia vascular periférica. Dejando a un lado el insignificante cuadro de las lipotimias, los síndromes clínicos que exteriorizan aquella insuficiencia son los síncopes vasculares y el colapso vascular o shock periférico.

En clínica entendemos por síncope la pérdida súbita de la conciencia por fallo de la irrigación cerebral, de mayor o menor intensidad y duración, acompañada

de hipotensión arterial. Puede ser de origen central o síncope cardíaco, o de origen vascular periférico.

Los síncopes vasculares, además de la pérdida de la conciencia y de la intensa y duradera hipotensión arterial, generalmente van acompañados de una crisis vasovagal.

Cuando son muy intensos y de larga duración, pueden derivar hacia la muerte súbita.

Están provocados por crisis hipotensivas bruscas, debidas a fenómenos reflejos de muy diversos puntos de partida.

En la forma general vasodepresora, una fuerte excitación de diversas zonas reflexógenas ocasiona intensa hipotensión que, si dura más tiempo del habitual, puede ocasionar la muerte repentina. Este tipo de síncope se presenta en la clínica con motivo de punciones exploradoras o evacuadoras; sondajes vesicales en las retenciones de orina; traumatismos y golpes en las regiones laríngea, testicular, epigástrica; tracciones bruscas o continuadas del mesenterio durante operaciones; intensos dolores en cólicos hepáticos, nefríticos, fracturas, etc.

Otras veces existe hipersensibilidad del seno carotídeo, y aun con pequeñas excitaciones de éste, ya internas, ya externas, se presentan graves estados sincopales. Estos síncopes pueden adoptar tres modalidades: la forma vagal, con gran bradicardia, gran sudoración, llegando a producirse la muerte súbita por paro cardíaco; la forma vasodepresora, en la cual la hipotensión arterial puede ser tan intensa que ocasione la muerte súbita, y la forma cerebral, en la cual se puede llegar a la pérdida total y duradera del conocimiento.

El síncope postural no suele ser nunca causa de muerte súbita, aunque en pacientes que han sufrido una simpatectomía pueden ser de más gravedad.

Por último, el síncope de los aviadores *en picado*, o en vuelo de gran altura, puede producir frecuentemente la muerte súbita. Su patogenia es más complicada. En los casos de vuelo a grandes alturas, se trata de una *anoxia aguda*, y en los casos de vuelo en picado la causa es debida a la *aceleración*. En las grandes alturas, por encima de los 8.000 metros, desciende la tensión del oxígeno en el alvéolo pulmonar y en la sangre por debajo de los 33 mm.; en estas condiciones, los tejidos no captan el oxígeno en cantidad suficiente, pero, en cambio, desprenden el CO_2 en mayor cantidad, produciéndose un síndrome de hipocapnia. Frente a esta situación, el corazón responde con taquicardia, dolores precordiales, dilatación de sus cavidades, hipotensión arterial y, al final, por el síncope fulminante.

Otras veces, en las grandes alturas, por accidente o agresión, se rompen las máscaras y trajes de hiperpresión de los aviadores y se produce la brusca distensión atmosférica, la liberación abundante de burbujas gaseosas en la sangre, con la obstrucción de vénulas y capilares, es decir, se producen numerosas microembolias. Otras veces, la brusca liberación de esas burbujas produce desgarros vasculares en el pulmón, en la medula, etc. Puede decirse que hierve la sangre, y la muerte puede ser fulminante.

En la aviación de guerra, en el momento del giro en picado, al soltar la bomba, para no estrellarse contra el suelo se alcanzan velocidades por encima de los 500 kilómetros por hora y con un ángulo de giro de 180°. Entonces la sangre se mueve difícilmente, como si tuviese un peso específico superior al del hierro. La movilización centrípeta de la sangre se hace difícil; el corazón, al no recibir sangre de retorno, se achica, late en vacío, y si dura esta situación y no se produce reacción vascular, tiene lugar un síncope mortal, en el cual la primera manifestación clínica es una alteración de la visión, que semeja a una cortina oscura que aparece

ante los ojos del piloto, pues la retina es el tejido más sensible a la privación de oxígeno.

Expuestos muy a la ligera los síncopes vasculares como responsables de muerte repentina, vamos a decir unas palabras sobre el shock o colapso circulatorio como causa también de muerte súbita.

Son numerosas las enfermedades, los accidentes agudos, los traumatismos físicos y morales, incluso las operaciones quirúrgicas, que pueden ocasionar un shock; pero cualquiera que sea la causa que lo origine, sea cualquiera el mecanismo que lo ponga en marcha, el colapso es siempre «un estado de depresión de los fenómenos vitales producido por el fallo agudo de la circulación periférica».

El shock viene dado por la instauración en forma aguda de estos tres fenómenos: *reducción del volumen minuto; defectuoso retorno de la sangre al corazón, y disminución de la cantidad de sangre circulante.*

Ya dijimos anteriormente que cuando disminuye el volumen minuto cardíaco en la cuantía suficiente para originar anoxia tisular, hay insuficiencia circulatoria de origen central, es decir, insuficiencia cardíaca.

Cuando el aparato vascular (arterias, venas y capilares) no distribuye bien la sangre por el organismo y no la retorna en la cantidad debida a las aurículas, hay reducción de la diástole y, como consecuencia, disminución del gasto cardíaco, es decir, insuficiencia circulatoria periférica.

Cuando estas dos insuficiencias perduran, se complican entre sí, y por ello se presentan aparejados los dos fenómenos siguientes: defectuoso retorno de la sangre al corazón y reducción del volumen minuto. Mientras no ocurren más que estos dos fenómenos, en forma aguda, no habrá más que insuficiencia circulatoria aguda, es decir, tendremos síncope, edema agudo de pulmón, etc., pero nunca habrá shock. Cuando a la instauración súbita de la insuficiencia circulatoria se agrega un tercer fenómeno, el de la *disminución del volumen de sangre circulante*, se origina en la clínica el cuadro de shock o colapso.

En el primer caso se puede presentar la muerte repentina, pero no se muere de shock.

Teniendo en cuenta los tres fenómenos indispensables del shock, puede dividirse éste en tres tipos, según el factor predominante, según cuál sea el fenómeno mecánico que inicia el proceso.

Cuando lo que se reduce primero es el gasto cardíaco, tendremos el shock o colapso cardíaco, producido por el desfallecimiento brusco de los ventrículos; por ejemplo, el infarto de miocardio. Cuando lo primitivo es la reducción del volumen de sangre circulante, tendremos el shock periférico por falta de sangre, el shock oligoémico; por ejemplo, las grandes hemorragias, quemaduras, etc.

Por último, cuando el déficit inicial es el defectuoso retorno de la sangre al corazón, tendremos el shock motor; por ejemplo, anestesia raquídea, bombardeo en picado, etc.

Pero hemos de dejar sentado que cualquiera que sea el mecanismo inicial que le ponga en marcha, el shock es siempre mixto, siguiendo una ley que está siempre vigente en la fisiología y patología humana.

Todas las funciones de nuestra economía están relacionadas, y esta interrelación fisiológica es la que aparece en la enfermedad, y por ello todos los procesos patológicos tienen un período a veces hasta preclínico, en que se dan los fenómenos de compensación, hasta que llega un momento en que las interrelaciones no bastan para compensar el disturbio, y entonces falla, no sólo el órgano enfermo, sino todos

aquellos que habían puesto en juego sus funciones, en un desinteresado afán de colaboración.

Cualquiera de las causas etiológicas productoras del colapso (véanse en el esquema) ha desencadenado de forma aguda los fenómenos fundamentales: reducción del volumen de sangre circulante; defectuoso retorno venoso, y reducción del gasto cardíaco. Al enfermo le vemos postrado o, por el contrario, excitado, según los casos; pero siempre con gran agotamiento general. Los ojos brillantes y hundidos, con midriasis; piel húmeda y viscosa por un sudor profuso y frío que le pega las ropas; con lividez de nariz y de extremidades; orejas pálidas y hasta moradas; labios resecos y violáceos; pulso incontable y filiforme, y con hipotermia y tensiones bajas, generalmente entre 8-6 de Mx. A estos síntomas se agregan los propios del proceso causal: dolor, hematemesis..., lo que sea.

En la mayoría de los enfermos, sobre todo en los traumatizados, y difícilmente en los infecciosos, el organismo reacciona. Ante la reducción del volumen de sangre circulante, opone la llamada *contrarregulación simpática*. Puesto que el conflicto se ha planteado por la discordancia entre la sangre disminuída y el continente invariable, lo lógico es reducir el continente y echar mano de la sangre de reserva, e incluso llevar la sangre adonde sea más vital su presencia. En el organismo se produce una descarga de adrenalina al torrente circulatorio, y de esta forma aparece la vasoconstricción periférica principalmente. El bazo y demás órganos de depósito, vierten su sangre almacenada o estancada a la circulación general, y electivamente a los órganos vitales, coronarias, cerebro, etc. De esta forma, por el aflujo de la sangre de reserva y la reducción del lecho vascular, aumenta la presión arterial y más tarde la presión venosa. Vuelve mejor la sangre al corazón y, como consecuencia, aumenta la depleción diastólica y, por tanto, se acrecienta el volumen sistólico y gasto cardíaco, que a su vez aumentan la tensión arterial, y por este mecanismo de contrarregulación simpática el enfermo salva el momento peligroso y conjura el peligro.

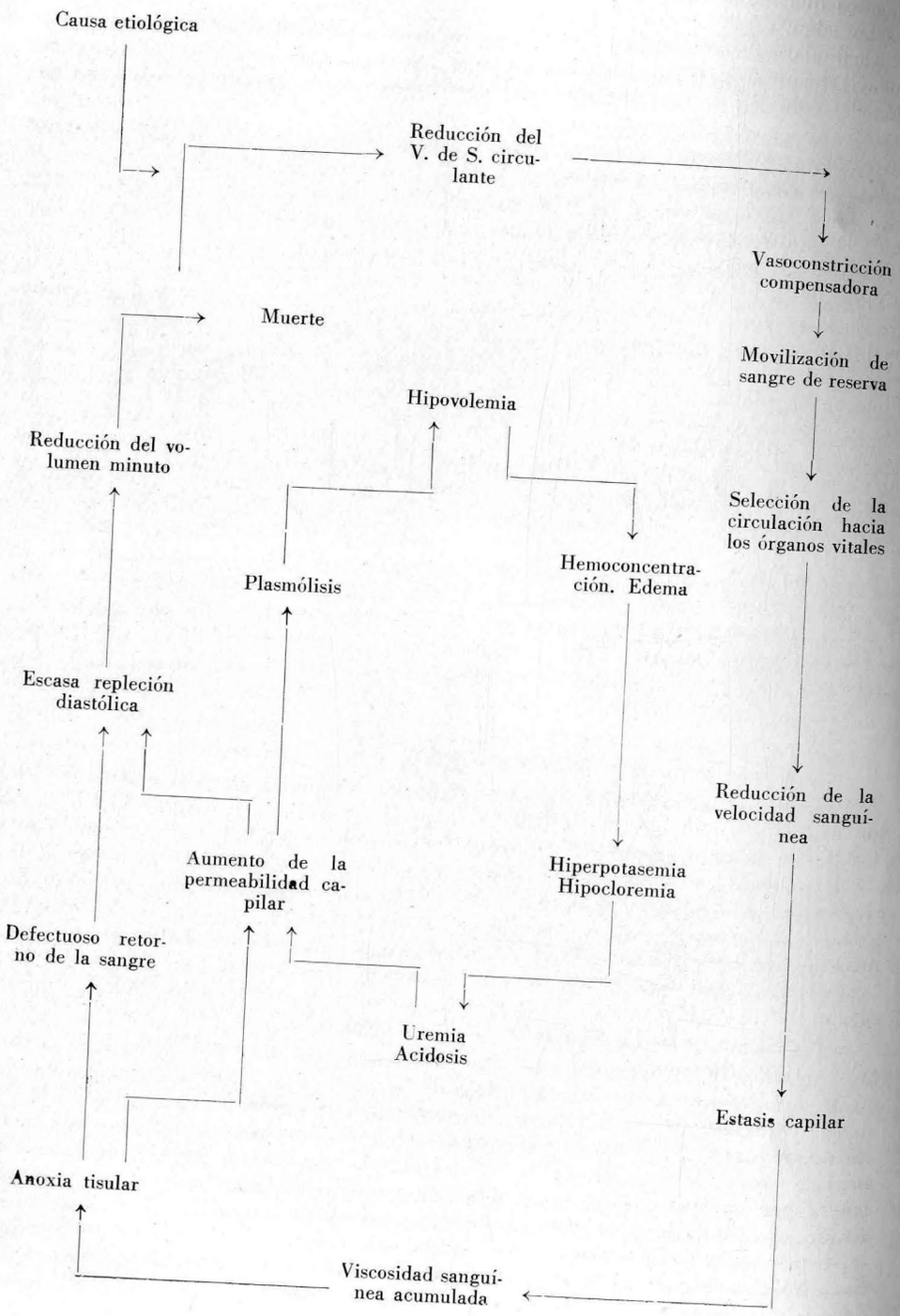
Pero en los casos de muerte rápida por shock, la contrarregulación es insuficiente y se pasa a la fase química del shock, que es la irreversible y mortal.

Veamos lo que ocurre: La contrarregulación simpática ha ocasionado un cambio profundo en la distribución de la sangre en las distintas circulaciones; se ha distribuído la sangre incluso la de reserva, en mayor cantidad, en las circulaciones renal, coronaria y cerebral, y se ha ocasionado una constricción vascular en los territorios esplácnicos y muscular cutáneo. Como consecuencia, se presentan dos hechos importantes: primero, lentificación de la corriente sanguínea, y segundo, disminución del oxígeno en los tejidos. Son conocidas las leyes físicas que regulan la corriente en el interior de un tubo o de un sistema de tubos. Es precisa una diferencia de presión entre los extremos; por otra parte, la velocidad de líquido es menor cuanto más largo y más estrecho sea el tubo, cuanto mayor sea el rozamiento de las paredes y cuanto mayor sea la viscosidad del líquido.

De aquí que para aumentar el aflujo de la sangre a un órgano, como la longitud de sus vasos no puede variar, hay que aumentar la presión y dilatar el tubo. En el shock se dilata la red capilar; pero como la presión es muy baja, se produce la lentificación de la corriente, el estasis capilar y, como consecuencia, al pasar menos sangre por los tejidos, la cantidad de oxígeno que éstos pueden captar queda muy reducida, es decir, se presenta la anoxia tisular.

Esta anoxia tisular, que determina una baja del metabolismo basal, se traduce en la clínica por la hipotermia, por la acidosis (por acúmulo de productos ácidos) y además por la reducción de la sangre y presión venosa.

DOBLE CÍRCULO DEL SHOCK



La lentificación de la corriente ocasiona el *defectuoso retorno venoso al corazón;* al hacerse más escasa la repleción diastólica se disminuye mucho el estímulo contráctil, cuya consecuencia es la *reducción del volumen minuto cardíaco*. Entonces el corazón se contrae en vacío, baja la tensión y de esta manera se cierra el círculo vicioso, el círculo vicioso mecánico del shock. Ya en este momento puede producirse la muerte rápida.

Ahora bien, está ya suficientemente demostrado que el estasis capilar y la anoxia originan el aumento de la permeabilidad de las paredes de los capilares; tan pronto como se pierde la impermeabilidad de los capilares, la presión oncótica es insuficiente, y el plasma sanguíneo pasa de los vasos a los tejidos. El plasma trasudado no se recupera y con ello se ha perdido el mecanismo que controla el volumen y la concentración de la sangre, siendo consecuencia de todo esto la aparición (o el aumento) de la hipovolemia, de la hemoconcentración y del edema.

Pero la anoxia perturba también la función de la membrana celular, y en las células de los tejidos se presenta una alteración en el juego de sus iones, en su equilibrio electrolítico. De aquí que las células pierdan potasio y ganen sodio, y, en cambio, los plasmas sufren una alteración contraria. Esta alteración iónica y otras similares originan la uremia por falta de cloro y la acidosis, es decir, se ha producido el cuadro químico del shock. Vemos cómo la anoxia es el factor químico que hace irreversible el círculo químico y mecánico del shock, que es tanto como decir el círculo de la muerte.

Vemos, por tanto, cómo en todos los procesos patológicos que ocasionan el síndrome del shock puede producirse la muerte. Esta muerte será súbita, en minutos, si el organismo sucumbe durante la fase mecánica del shock, y será rápida, es decir, durará hasta veinticuatro o cuarenta y ocho horas, cuando el organismo desfallece durante la fase química.

* * *

Pasemos ahora a estudiar aquellos casos de muerte repentina en enfermos portadores de una enfermedad cardiovascular anteriormente descompensada. El accidente agudo mortal puede ser por insuficiencia ventricular aguda izquierda o derecha, y también por insuficiencia aguda global. En el primer caso el síndrome clínico es casi siempre el edema agudo de pulmón; en el segundo, es el síndrome de corazón pulmonar agudo por embolia de la arteria pulmonar, con o sin dilatación aguda del corazón derecho, y en el tercer caso, se trata de la muerte súbita por fibrilación ventricular o paro cardíaco, o colapso cardiogenético por infarto de miocardio.

En un enfermo con insuficiencia ventricular izquierda, cuya causa puede ser una hipertensión arterial esencial o nefrógena, o una aortitis luética con lesión valvular o sin ella, o una miocarditis reumática, o también una esclerosis coronaria, con motivo de un esfuerzo o durante el sueño, se presenta un día el cuadro tan conocido del edema agudo de pulmón: súbita disnea, paroxística, inspiratoria y espiratoria; angustia, sudores, cianosis, tos y expectoración espumosa y rosada; taquicardia; generalmente, hipertensión; estertores que se oyen a distancia y que van invadiendo rápidamente todos los campos pulmonares; agitación que le lleva a moverse buscando aire, etc. Esta crisis, según su violencia y duración, se ha diferenciado en disnea paroxística nocturna, asma cardíaco o edema pulmonar agudo. En realidad, es lo mismo, y solamente su intensidad justifica esa separación. Patogé-

nicamente traduce la súbita disminución del volumen minuto del ventrículo izquierdo, con mantenimiento del volumen minuto del ventrículo derecho, o bien la falta de adaptación de ellos en los esfuerzos, emociones, etc. Esta discordancia en el funcionamiento de ambos ventrículos origina una plétora sanguínea en el lecho vascular pulmonar, con la consiguiente hipertensión y estasis en la circulación menor.

Existen otros casos de enfermos operados, o de pacientes encamados largo tiempo; de sujetos con procesos trombósicos de las venas; antiguos enfermos de infarto de miocardio, etc. Un día cualquiera, un émbolo se desprende y queda encarcelado en la arteria pulmonar o en una de sus ramas; se produce súbitamente un fuerte dolor torácico, disnea intensa y colapso periférico, con taquicardia, galope derecho, refuerzo del tono pulmonar y dilatación cardíaca. Cuando la dilatación cardíaca es grande y predominante se añade al cuadro clínico un repentino dolor en zona hepática y súbita hepatomegalia, con aumento de la presión venosa, que pone turgentes las venas del cuello, y si el enfermo resiste unas horas a esta grave crisis, tiene lugar la insuficiencia de la tricúspide por la separación de sus bordes, y entonces se agregan los síntomas de la tricuspidalización, o sea, el pulso venoso positivo, el pulso hepático y el soplo sistólico en el foco de la tricúspide. Generalmente estos enfermos mueren en segundos o, todo lo más, en unos minutos, y en los raros casos de supervivencia se instaura más tarde un infarto pulmonar.

El desfallecimiento brusco del corazón derecho no viene dado solamente por el obstáculo que produce la embolia; modernamente se explica por el fallo de los mecanismos nerviosos que dirigen y controlan la circulación en el círculo menor.

Las nuevas técnicas de exploración pulmonar y cardíaca; el análisis de los gases en los alvéolos pulmonares; el cateterismo de las cavidades cardíacas con las determinaciones tensionales y de los volúmenes de oxígeno en cada una de ellas; el mejor conocimiento de las dos circulaciones del pulmón y sus anastomosis, etc., han prestado nueva luz en la patogenia de estas dos graves insuficiencias ventriculares, y creemos conveniente fijar nuestra atención en estos hechos, pues la patogenia de ambos estados se ha establecido de forma mucho más clara y veraz.

Modernamente se admite que entre el corazón derecho y el lecho vascular de los pulmones existen relaciones mutuas, de tan completo y fino acoplamiento, que podemos hablar de un *sistema funcional unitario integrado por el corazón derecho y la circulación menor.*

Teniendo en cuenta que el corazón derecho tiene escasa masa muscular, y que por ello soporta mal las sobrecargas, la circulación pulmonar tiene una plasticidad inusitada.

Mediante una serie de conexiones nerviosas, y merced a las anastomosis existentes entre la circulación pulmonar y la bronquial (que ahora no es oportuno exponer en detalle), existe entre los territorios arteriolocapilares una regulación dinámica muy activa, que gobierna las numerosas funciones que en el pulmón tienen lugar. Pero, sobre todo, esta regulación permite que el lecho vascular del pulmón tenga zonas inactivas y otras en plena actividad funcional; que sea un órgano de depósito de sangre, como el hígado o como el bazo; que actúe como una esclusa vascular para regular las diferencias entre la sangre de salida y la de entrada, impidiendo bruscos e intensos cambios de tensión, que tanto perjudican el buen funcionamiento del corazón derecho. Permite que el ejercicio, las emociones, las variables necesidades de oxígeno, no produzcan aumentos bruscos en la

circulación y, por tanto, en las presiones reinantes en el círculo menor, que, por no dar tiempo a la hipertrofia del ventrículo derecho, ocasionarían su desfallecimiento. Entre las tensiones capilar pulmonar, la de la arteria pulmonar y las del ventrículo derecho, ha de haber una relación que dé lugar a un gradiente eficaz, que generalmente es de 6; cuando esta relación se altera, y sobre todo cuando la tensión capilar pulmonar, que generalmente es de 13, sobrepasa la cifra límite de 30-40, el corazón derecho o se hipertrofia o desfallece bruscamente. Según el lugar anatómico donde se produzca el obstáculo que ocasiona la *hipertensión sanguínea en el territorio de la circulación menor,* tendremos un síndrome clínico u otro. Cuando el obstáculo (embolia) se presenta en la arteria pulmonar o sus ramas, el síndrome es el conocido por *cor pulmonale agudo.* Pero la esencia patogénica de este cuadro clínico no radica simplemente en la obstrucción local que produce el trombo, sino en el espasmo arterial reflejo que tiene lugar en extensos territorios vasculares del pulmón y cuyo punto de partida es la parte de endotelio vascular irritado por la presencia del émbolo enclavado. Modernos estudios han demostrado que en estos casos los reflejos de descarga son numerosos; de ellos, unos actúan sobre la red vascular del propio pulmón, pero otros actúan sobre el corazón derecho, produciendo constricción coronaria; otros, sobre la aorta, provocando dilatación vascular periférica e hipotensión; otros llegan hasta el ventrículo izquierdo e incluso hasta el riñón. Estos reflejos invertidos, de acción contraria a su normal funcionamiento, explican las elevaciones enormes y bruscas que sufren las tensiones de la arteria pulmonar y el ventrículo derecho, que alcanzan valores cinco y hasta diez veces superiores a lo normal y que son causa de la rápida claudicación de aquél.

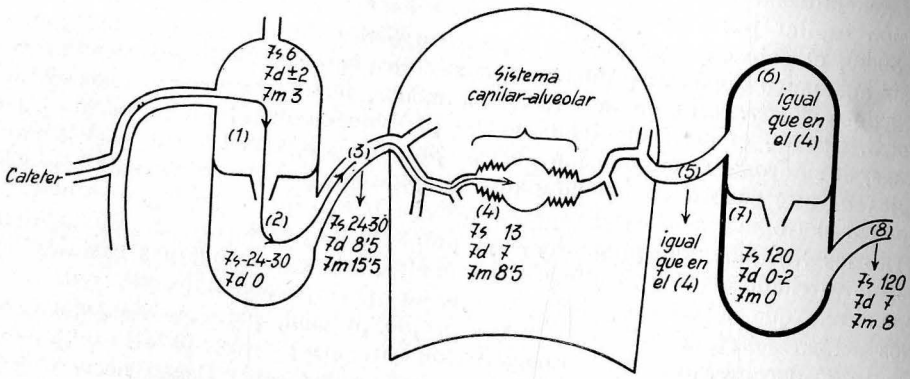
Por este mecanismo es cómo nos explicamos hoy la muerte súbita por *cor pulmonale* agudo.

El *edema agudo de pulmón,* causa de muerte súbita, también tiene como base esencial la *hipertensión vascular brusca en el territorio de la circulación menor.* Pero, en este caso, el sitio del obstáculo asienta en el sistema capilar alveolar, y la causa de la hipertensión consiste en la insuficiencia ventricular izquierda con normalidad funcional el corazón derecho. Veamos cómo esto se produce:

Por una u otra causa (insuficiencia o estrechez aórtica, hipertensión vascular, reducción del área de la mitral por debajo de 1'5 cm.), se ha establecido insuficiencia ventricular izquierda y, por ende, retención de sangre en las cavidades del corazón izquierdo. Esto trae consigo dos fenómenos: uno, que disminuye el gasto cardíaco, y otro, que se sobrecarga de sangre el circuito venas y sistema capilar-alveolar del pulmón. Los dos mecanismos de compensación habrán fallado, es decir ,el aumento del volumen sistólico y la taquicardia; clínicamente, el enfermo tiene disnea de esfuerzo y optónea. Con ocasión de un esfuerzo, y hasta sin él, llega un momento en que tiene que aumentar la taquicardia; ésta acorta el período diastólico del corazón izquierdo y, como consecuencia obligada, el gasto cardíaco disminuye. Se hace por ello mayor el estasis en la circulación menor; cuando la tensión en el sistema capilar alveolar alcanza la cifra límite de 30 ó 40 mm. Hg., por ser esta presión casi igual a la de la arteria pulmonar, y como el VD sigue enviando sangre, se produce un conflicto de espacio en el sistema capilar-alvéolo, y su consecuencia es que, siendo entonces la presión hidrostática mayor que la presión osmótica, puede pasar el plasma sanguíneo a la cavidad alveolar. Según la intensidad de este fenómeno, se presentarán en la clínica el asma cardíaca, hemoptisis o el edema agudo de pulmón.

Resistencia vascular sistemática (o sea, de 8 a 1).

$$\frac{\text{Presión media de la aorta} \times \text{Presión media aurícula derecha}}{\text{VM: 60}} \times 1.332 = 1.100 \text{ dinas}$$



Resistencia arteriolar pulmonar (de 2 a 4).

$$\frac{\text{Presión media de la arteria pulmonar} \times \text{Presión capilar media}}{\text{Volumen sanguíneo segundo (VM: 60)}} \times 1.332 = 100 \text{ dinas}$$

Resistencia pulmonar total (de 2 a 7).

$$\frac{\text{Presión media de la art. pulm. (Presión media ventricular izquierda} = 0)}{\text{Volumen sanguíneo segundo (VM: 60)}} \times 1.332 = 200 \text{ dinas}$$

Según esto, todos los enfermos de insuficiencia ventricular izquierda solitaria están expuestos a la muerte súbita por edema agudo de pulmón, y en realidad así debe ser; pero el hecho de que esto no ocurra siempre obedece a la plasticidad del lecho vascular, de que antes hemos hablado. Los reflejos nerviosovasculares ponen en juego varios mecanismos de urgencia ante estas emergencias, tales como la abertura de gran número de capilares que no estaban en servicio; se produce vasodilatación en grandes territorios pulmonares; mucha sangre se deriva por las anastomosis venosas que hay entre la circulación pulmonar y la bronquial, etc. Los enfermos en los cuales estos mecanismos son potentes y rápidos en su acción, pueden librarse de este peligro. Pero en todos los enfermos, al cabo de cierto tiempo, aparece la arterioloesclerosis pulmonar, que conjura anatómicamente estas emergencias funcionales. Veamos cómo:

El sistema capilar-alveolar se encuentra entre dos fuerzas o presiones opuestas; por un lado, la mayor repleción sanguínea y el aumento de la presión en el sistema izquierdo (corazón izquierdo, venas y capilares venosos); por otro lado, el mayor volumen sanguíneo expulsado por el ventrículo derecho y la mayor tensión en el sistema derecho (corazón derecho, arterias pulmonares, capilares arteriales). Entonces el gradiente de presión entre la arteria pulmonar y el sistema capilar alveolar no supera los 10 mm. Hg., y el problema hemodinámico se añade al problema espacial.

Esta hipertensión constante en aquel sistema da lugar funcionalmente a reacciones hipertensivas arteriolares por hiperreactividad vasomotora, y anatómicamente, más o menos pronto, a la clásica reacción mesenquimatosa vascular, o sea, la arterioloesclerosis pulmonar. Esta lesión ocasiona un estrechamiento de la luz en los vasos del sistema arteriolar y, por tanto, comienza a pasar menos sangre al sistema capilar-alveolar, con lo cual se protege la cavidad alveolar de la aparición del exudado por hiperpresión. Como también, y por la misma causa, los capilares del alvéolo, por contener menos sangre, no hacen prominencia en el espacio alveolar; el peligro de los paroxismos de asma y edema pulmonar agudo desaparece; pero, en cambio, pasa menos sangre para oxigenarse (motivo de más disnea) y aumenta el estasis retrógrado en el territorio de la arteria pulmonar, con el consiguiente aumento de la presión vascular y de la sobrecarga del ventrículo derecho. En este momento las tensiones sistólica, diastólica y media arteriolares pulmonares, que normalmente son de 13-7 y 8'5, respectivamente, pasan a ser de 36-12 y 24 ó mayores. De esta manera se bloquean las influencias de las hipertensiones, bruscas o lentas, ventriculares derechas sobre el sistema capilar-alveolar pulmonar, quedando un gradiente tensional que no supera los 10 mm. Hg.

Ahora bien, al crearse la arterioloesclerosis vascular del pulmón, lo que en realidad se crea es una *nueva lesión circulatoria*, que va a ocasionar *más* insuficiencia cardíaca, y, como es regla en cardiología, esta insuficiencia cardíaca será de *detrás de la lesión*, aliviándose, en cambio, la insuficiencia de *antes* de esta nueva lesión. Es decir, comenzará o empeorará la insuficiencia ventricular derecha, aliviándose, en cambio, la insuficiencia ventricular izquierda.

En estas circunstancias, la tensión en la arteria pulmonar pasa de 30 mm. Hg., que es la normal, a cifras de 80 ó más. Al mismo tiempo, la *resistencia arteriolar pulmonar*, o sea el obstáculo, y, en su equivalencia, la fuerza necesaria para lograr el paso de la sangre del ventrículo derecho al capilar pulmonar, asciende de 100 dinas al doble o más. También se duplica, o más, el valor normal de 200 dinas a que asciende la resistencia pulmonar total, es decir, el obstáculo, y en equivalencia, la fuerza necesaria para el paso de la sangre del ventrículo derecho al ventrículo izquierdo.

La implantación de esta nueva lesión circulatoria creará, por tanto, por un mecanismo fácil de explicar, la insuficiencia ventricular derecha; pero, además, dicha lesión va a ser la responsable de dos hechos a cual más interesantes. Uno es la imposibilidad de que se presenten clínicamente el asma cardial y el edema pulmonar agudo; otro, la inutilidad de la valvulotomía como medida terapéutica en los enfermos mitrales que sean a su vez portadores de esta nueva lesión de arterioesclerosis pulmonar, pues el obstáculo es ya doble y nada se conseguirá con agrandar el área de la mitral, perdurando, como perdura, la arterioesclerosis pulmonar.

Nos resta por explicar cómo se puede producir la muerte repentina en los casos de adiastolia y en la insuficiencia cardíaca global.

Diremos pocas palabras de la muerte por *adiastolia*, pues su escasa presentación en la clínica justifica la brevedad expositiva. En la adiastolia el fallo cardíaco sobreviene porque los ventrículos son incapaces para mantener el volumen de expulsión como consecuencia de no recibir sangre durante el diástole. Cuando la adiastolia es producida por limitación de la diástole, se trata de una dificultad mecánica a su relleno; las pericarditis constrictivas y la estenosis tricúspide producen un cuadro clínico de adiastolia crónica, constituyendo el síndrome de Pick-Hutinel, o sea, aumento de la presión venosa, hepatomegalia y ascitis, unidas a la sintomatología de la pericarditis o de la estenosis tricúspide. Cuando se produce

un derrame brusco o una hemorragia en el pericardio, se presenta súbitamente la muerte, con un cuadro colapsal, debido al taponamiento que dificulta, por un lado, la expansión de las cavidades cardíacas, y por otro, impide también el llamado *mecanismo asistólico* de la adiastolia, o sea, que se suspende el descenso del plano valvular del corazón. Normalmente, el plano valvular del corazón efectúa un descenso de dos a tres centímetros hacia la cavidad ventricular, ayudando al desplazamiento de la sangre durante el sístole. Tan importante es este desplazamiento, que se valora en cinco sextas partes lo que reduce la capacidad ventricular, siendo la otra sexta parte la correspondiente a la aproximación de las paredes ventriculares. También el taponamiento impide el giro que de izquierda a derecha, en torno del eje longitudinal, efectúa la punta del corazón. Todo esto, unido, dificulta de tal manera la entrada y la salida de la sangre en el corazón, que en segundos puede producirse un colapso cardiogenético mortal.

La muerte súbita por adiastolia debida a la abreviación de la diástole, ya sea por taquicardia o por bradicardia extremas, es una muerte por isquemia cerebral debida a insuficiencia cardíaca global aguda, y por esto entra de lleno su exposición en el último apartado de nuestra exposición, o sea, *muerte súbita por insuficiencia global aguda de ambos ventrículos.*

Vamos a tratar de explicar cómo el fallo agudo y total de ambos ventrículos puede producir la muerte súbita. En este apartado entran aquellos casos que, desgraciadamente, todos los médicos hemos podido observar de sujetos que sufriendo anteriormente del corazón, o en aparente salud, durante una intervención quirúrgica o en plena actividad, y hasta durante el sueño, se sienten repentinamente enfermos y, en segundos o en minutos, fallecen. El médico que es llamado para asistir al enfermo, muchas veces se lo encuentra muerto; otras veces puede establecerse un diagnóstico exacto o aproximado, y en algunas ocasiones no llega ni a presumir de qué y por qué ha muerto aquel sujeto.

Estas muertes fulminantes tienen un denominador común, que es la caída brusca del volumen minuto cardíaco, con hipotensión arterial que produce insuficiencia periférica aguda, con o sin pérdida de la conciencia por isquemia cerebral.

Se trata, por tanto, de insuficiencia cardíaca enterógrada, así como las demás clases de muertes que hemos analizado anteriormente eran de insuficiencia retrógrada, preferentemente.

Cuando la causa determinante es de origen coronario, con isquemia, se presenta el cuadro clínico de la angina de pecho o el infarto de miocardio, y el enfermo muere de colapso cardiogenético. Cuando el mecanismo es predominantemente de origen reflejovagal, el enfermo puede morir con un cuadro de síncope cardíaco. Cuando el factor causal sea una alteración del sistema autónomo del corazón, se puede presentar la muerte súbita aparentemente asintomática (paro cardíaco y fibrilación ventricular).

En el primer caso, la obstrucción coronaria, espasmódica o trombótica, deja sin riego a la musculatura del corazón, y las dos consecuencias obligadas son el dolor anginoso y la pérdida del poder contráctil del corazón, resultando el cuadro de shock de origen central.

En el segundo caso, una anterior enfermedad cardiovascular desencadena en un momento dado, y por mecanismo reflejo, la insuficiencia excitomotriz del corazón, y esta alteración provoca la isquemia cerebral, causa del síncope por pérdida de la conciencia. Si la isquemia cerebral perdura o el trastorno cardíaco es muy intenso, insensiblemente se pasa del síncope a la muerte súbita.

Sin embargo, hemos de señalar que la muerte súbita por insuficiencia cardíaca global puede darse por cualquiera de los diversos mecanismos patogénicos señalados; el signo que la define es, más que la clase de mecanismo patogénico, el carácter clínico de ser asintomática y fulminante.

En realidad, la muerte fulminante es casi siempre una muerte por paro cardíaco o por fibrilación ventricular. A pesar de que su etiología puede ser múltiple, ya por lesiones cardíacas previas, ya por otros accidentes de índole no circulatoria, en la mayoría de los casos el agente desencadenante es la anestesia local o general.

Desde el descubrimiento de la anestesia, en el año 1846, y sobre todo desde que comenzó el uso del cloroformo, la muerte durante la anestesia ha sido frecuente. En la época actual, a pesar de los progresos de la técnica anestésica, se sigue presentando, desgraciadamente. Una estadística inglesa (MILSTEIN, BB-1956) señala que entre 2.750.000 intervenciones quirúrgicas hubo 600 muertes por anestesia, de las cuales la mitad lo fueron por paro cardíaco (0'22 y 0'11 por mil, respectivamente).

Cuando se detiene el corazón desaparecen los latidos, no percibiéndose el pulso radial; la tensión arterial baja a cero y cesan los movimientos respiratorios. Si lo primero en cesar ha sido el corazón, el enfermo está pálido, y, por el contrario, está cianótico si antes del paro cardíaco hubo una fase de anoxemia no corregida.

Según cuál sea el factor etiológico responsable, se presentará el paro cardíaco en una u otra forma; es decir, como *asistolia cardíaca* o como *fibrilación ventricular.*

El paro cardíaco en asistolia se presenta, o por interrupción de la circulación coronaria, que ocasiona anoxia del miocardio, o como consecuencia de la acción de fuertes reflejos vagales que dan lugar a la producción de grandes cantidades de acetilcolina, y esta sustancia es la que bloquea los centros autónomos de contracción miocárdica.

La estimulación, tanto mecánica como química, de las terminaciones vagales en el pulmón son las que originan el reflejo inhibidor. Parece ser que la unión de los dos factores, anoxia del miocardio y estimulación vagal, son las dos condiciones ideales para que se produzca el accidente; por ello la muerte anestésica se presenta más fácilmente en enfermos coronarios a quienes se les anestesia profundamente, o cuando en ellos se hace intubación, aspiraciones endobronquiales prolongadas, tracciones sobre el vago torácico o abdominal, etc.

También aumentan la sensibilidad vagal las dosis excesivas de morfina y de dolantina; el mismo efecto produce la prostigmina cuando se inyecta como antídoto del curare sin que previamente no se haya contrarrestado con atropina.

En los casos de fibrilación ventricular ocurre todo lo contrario: no cesan los latidos cardíacos, sino que, por el contrario, se producen movimientos rapidísimos, anárquicos, hasta miles por minuto; pero esta actividad ventricular es incapaz de producir ninguna contracción eficaz, y su efecto hemodinámico es nulo; la sangre no circula por las coronarias, y la muerte no tarda en producirse.

La aparición de esos rapidísimos movimientos que llegan a producir la fibrilación articular es debida a la sobreactividad del sistema simpático, con producción de grandes cantidades de adrenalina.

Sin embargo, la fibrilación no siempre se produce de esa manera. La privación brusca del riego del miocardio, en los procesos coronarios, produce dos efectos: uno es la lesión degenerativa o necrótica de la fibra cardíaca, al faltarle los elementos nutricios y el oxígeno; el otro es la producción de corrientes eléctricas

nocivas anormales y que ocasionan la fibrilación ventricular, casi siempre mortal. Ahora bien, la causa de este fenómeno no es la anorexia en sí, ni la falta de riego, sino la diferencia de aporte de oxígeno que tienen la zona miocárdica sana y la zona isquemia. Esa diferencia de dotación de oxígeno da lugar, en la zona límite, a una diferencia de potenciales con producción de corrientes eléctricas causantes de la fibrilación. Por ello, si por estenosis traqueal se ocasiona una anoxia cardíaca difusa, no hay fibrilación; pero si entonces irrigamos una rama coronaria con sangre rica en oxígeno, la brusca diferencia de dotación de oxígeno entre la porción miocárdica irrigada por aquella rama coronaria y el resto de las zonas anoxémicas del miocardio, origina la corriente eléctrica anómala y se produce la fibrilación.

Los estudios realizados con la preparación corazón-pulmón de Starling en el perro, y siguiendo un método según el cual la fibrilación se puede producir a voluntad (en cuyos detalles no podemos entrar), han confirmado que la acetilcolina produce el paro cardíaco porque inhibe el mecanismo de conducción, y que la adrenalina produce el paro cardíaco a través de la fibrilación por la sobreactividad de aquel mecanismo. Se ha demostrado también que la estimulación vagal produce la pérdida de potasio de la fibra cardíaca. Por otra parte, se ha visto que entre el calcio y el potasio debe haber una cierta relación para el buen funcionmiento cardíaco; cuando esta relación sobrepasa un punto óptimo, se presenta la fibrilación, y esto puede ser debido a exceso de calcio o a falta de potasio.

El exceso de CO_2 provoca un aumento de potasio del plasma sanguíneo, y la deficiente atropinación puede provocar reflejos vagales. Vemos, por tanto, que son muchos los factores que pueden actuar como causas desencadenantes del accidente cardíaco mortal durante la anestesia.

Por otra parte, se deduce de todo lo dicho la necesidad de saber si el paro cardíaco es por asistolia o por fibrilación, pues el tratamiento es diamentralmente opuesto.

Un corazón en asistolia es fláccido, azul y blando; las coronarias están deprimidas y vacías, y las venas se ven ingurgitadas y negruzcas por contener sangre no oxigenada.

El corazón que está fibrilando no aparece blando ni inmóvil; está turgente y se pueden apreciar con la vista, y mejor por el tacto, rapidísimos movimientos. El cirujano debe, ante un caso de paro cardíaco, *ver* el corazón; ordenará siempre la intubación endotraqueal con inhalación de oxígeno, y hará primero el masaje del corazón. Además, si el corazón está en asistolia, inyectará adrenalina en el ventrículo izquierdo. Si el corazón está en fibrilación, puede inyectar novocaína, pero solamente como medida previa, hasta poder usar el desfibrilador, pues el tratamiento de elección es la desfibrilación (choques eléctricos de 0'5 de segundo, con corriente de 110 voltios y 1'5 amperios).

Cuando el paro cardíaco no tiene lugar en acto quirúrgico, se debe tener en cuenta que en el 88 por ciento de los casos el paro cardíaco es por asistolia, y en el 12 por ciento, por fibrilación. No obstante, de ser posible, debe hacerse un electrocardiograma que proporcione el diagnóstico. El medicamento de la asistolia es la inyección intracardíaca de 0'5 c. c. de solución de adrenalina, asociada a 9'5 centímetros cúbicos de novocaína al 1 por ciento. También pueden inyectarse 2 c. c. de solución, al 0'5 por ciento, de sulfato de bario, o varios centímetros cúbicos de solución de cloruro de calcio al 10 por ciento. Modernamente se ha introducido como estimulante la solución motor de lactato sódico.

Si se trata de paro por fibrilación, debe hacerse la desfibrilación eléctrica y, a continuación, el estímulo cardíaco. Si no se dispone de desfibrilador, se inyectan en el corazón 5 c. c. de cloruro potásico al 4 por ciento, o se hace masaje cardíaco previa inyección de novocaína.

* * *

Hemos pasado revista a todas las causas patológicas que pueden producir la muerte repentina, y ahora es el momento de hacernos la siguiente pregunta: ¿Son más frecuentes, en la época actual, las muertes repentinas?

Es difícil la contestación, pues para ello tenemos que apoyar nuestra conclusión en datos estadísticos, y éstos no existen, ya que en los partes de defunción constan la causa inmediata y la causa fundamental del fallecimiento, pero no el detalle de si la muerte ha sido repentina.

No obstante, la experiencia personal de los médicos nos lleva a creer que las muertes repentinas son más frecuentes en la actualidad.

Por otra parte, hemos demostrado que la causa de la muerte súbita es, en el 80 por ciento de los casos, una enfermedad o un accidente cardiovascular, y cuando no directamente, lo es indirectamente; así sucede en los accidentes vasculares cerebrales, tales como embolia, hemorragia, trombosis, etc.

Las estadísticas más veraces e imparciales son las de las compañías de seguros. Las compañías más importantes de Inglaterra, de Norteamérica y de España han visto decrecer en un 40 por ciento el número de solicitudes desechadas por razones médicas; solamente han aumentado proporcionalmente las rechazadas por enfermedades cardiovasculares.

Entre los años 1927 y 1952 las compañías de seguros han visto decrecer las causas de muerte por neumonía del 8'6 al 1'9 por ciento; por tuberculosis, del 7'2 al 0'9 por ciento; las de muertes por otras enfermedades, del 28 al 13'2 por ciento. Por lo contrario, las enfermedades cardiovasculares como causa de muerte han pasado del 34 al 57 por ciento, y el cáncer, del 10'2 al 17'8.

Los últimos datos demográficos nos enseñan que las enfermedades cardiovasculares son la causa del 60 por ciento de los fallecimientos entre la población general.

Por tanto, aumentando en gran escala las enfermedades y las muertes cardiovasculares, y siendo estos procesos los responsables del 80 por ciento de las muertes repentinas, es lógico afirmar que estas últimas sean actualmente más frecuentes.

Y, por último, a nosotros, los médicos, ¿qué nos ocurre en relación con estos hechos?

Son bastantes los estudios publicados sobre las causas y clases de muerte entre los médicos. De los más interesantes, citaremos el realizado por DUBLIN en Inglaterra. Los datos obtenidos sobre los 18.000 médicos fallecidos durante los últimos años, son los siguientes: la causa de muerte por enfermedades cardiovasculares entre la población general, fué del 60 por ciento, y entre los médicos, del 72 por ciento.

Por otra parte, de estudios sobre la vida media se ha sacado la conclusión de que los médicos viven diez años menos que el resto de los profesionales.

Las causas de muerte entre los médicos son las siguientes: afecciones cardíacas y coronarias, el 40'7 por ciento; lesiones intracraneales de origen vascular, 10'8 por ciento; cáncer, 9'7 por ciento; nefritis, 6; infecciones agudas, 5'5; diabetes sacarina, 2'2; tuberculosis, 1'6, y así sucesivamente, hasta llegar a la sífilis con el menor tanto por ciento de 0'4.

Vemos, por tanto, que las enfermedades coronarias, causantes a su vez, las más de las veces, de la muerte repentina, son las más frecuentes entre los médicos. Si tratamos ahora de establecer una relación respecto a la incidencia de muerte repentina por enfermedad coronaria entre las distintas profesiones, el doctor SMITH, de la Clínica Mayo, ha podido comprobar que esta enfermedad es mucho más frecuente en los médicos que en los abogados, banqueros, sacerdotes, etc.

Explicar por qué los médicos sufren preferentemente de cardiopatías, y entre éstas, electivamente, de esclerosis coronaria, nos ocuparía bastante tiempo, y ya hemos de dar por terminado este trabajo. De todo lo dicho podemos señalar los siguientes hechos:

1.º Las muertes repentinas son más frecuentes en la época actual.

2.º El 80 por ciento de las muertes súbitas son de origen cardiovascular; y

3.º Los médicos sufren de enfermedades cardiovasculares y fallecen de muerte repentina en un 12 por ciento mayor que el resto de la población general.

El señalar hechos infortunados no debe estimarse como una siembra de pesimismos. La señal de peligro ha indicado siempre una advertencia, y debería ser constantemente un estímulo para remediarlo.

Esforcémonos todos, ante el peligro de muerte súbita de las enfermedades cardiovasculares, en poner los medios para hacerlas desaparecer, y con ello haremos un gran bien a la Humanidad y a nosotros mismos.

RESUMEN

Tras unas manifestaciones para precisar lo que debe entenderse por muerte repentina, se analizan las causas principales de la muerte súbita, que pueden dividirse en: traumáticas, tóxicas (intoxicaciones accidentales y envenenamientos), enfermedades cardiovasculares y otros procesos; todas ellas cada día más frecuentes en la actual época del maquinismo.

Trata ampliamente de las muertes repentinas de origen cardiovascular, estudiando la insuficiencia vascular y los distintos tipos patogénicos que pueden motivarla.

A continuación analiza el aspecto clínico de la muerte repentina, examinando los síncopes vasculares, el shock o colapso circulatorio y aquellos otros casos de enfermos portadores de una enfermedad cardiovascular anteriormente descompensada, cuya evolución conducirá al cuadro de la asistolia o de la fibrilación auricular.

Termina con unas interesantes consideraciones sobre la proporción elevada de muertes por afecciones cardíacas y coronarias, y resalta el hecho de que los médicos sufren de enfermedades cardiovasculares y fallecen de muerte repentina en un doce por ciento mayor que el resto de la población en general.

Domicilio: General Mola, 14, pral., Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 398 - TOMO LXVII
MAYO 1959

SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE VIGO (ESPAÑA)

EL EFECTO DE LA OCCITOCINA SOBRE LA LACTACIÓN

POR EL

DR. CARLOS COLMEIRO-LAFORET

VIGO

VAMOS a referirnos a ciertas cuestiones relacionadas con la secreción de la leche en la mujer, dando a esa expresión solamente el valor que pueda atribuirse, en sentido extricto, al verbo secretar, que significa, como es sabido, salir de las glándulas materias elaboradas en ellas. Y a exponer algunas observaciones sobre ese proceso, que, a pesar de las muchas investigaciones realizadas para esclarecer la fisiología de la lactación, es todavía poco conocido.

Según un criterio frecuentemente admitido, que, como se verá por los datos que citaremos a continuación, se debe rectificar, el paso de la leche de los pechos de la madre a la boca del niño que mama se consideraba un fenómeno pasivo, que se atribuía a los efectos mecánicos derivados de la compresión y la expresión de la boca de aquél sobre el pezón y al vacío que produce la succión. Esas actividades del lactante, debidamente coordinadas, ocasionarían el vaciamiento de los senos galactóforos, a los que llega la leche producida en los acinos glandulares.

Algunas observaciones experimentales y clínicas hechas, respectivamente, en hembras de varias especies animales y en mujeres que amamantaban a sus hijos, han inducido a admitir que además de las causas que acabamos de citar, cuya importancia no puede discutirse, influyen sobre la secreción de la leche algunas otras, entre las que destacan las que dependen de que la mama participe activamente en ella, porque probablemente sirve de punto de partida y de órgano efector para un reflejo neuroendocrino, cuyo estudio tiene el mayor interés.

La manifestación más aparente de esa actividad de las mamas es la que se nota cuando, al iniciar la lactación en una, se comprueba que fluye la leche de la otra; pues si fuera un fenómeno pasivo, sólo estaría justificada la secreción en la primera y debería mantenerse inactiva la segunda. Ese proceso de eyaculación, frecuentemente observado en la mujer, en la que es precedido muchas veces de una clara sensación de plenitud y tensión en los pechos, ha sido detenidamente estudiado en las hembras de varios animales y se denomina, en la literatura veterinaria de lengua inglesa, reflejo de «let-down» o de «draught».

Muchas interesantes y sugestivas experiencias realizadas en animales, a las que no hemos de referirnos más que en lo que puedan valer para su aplicación a la clínica, permitieron demostrar que ese reflejo es debido a que el estímulo del lac-

tante en la mama da lugar a una brusca descarga de hormonas del lóbulo posterior de la hipófisis, que son las que determinan los fenómenos que favorecen la secreción de la leche. Ese efecto puede lograrse, como lo ha hecho ANDERSON [1] en cabras, por medio de excitación eléctrica del tracto supraóptico hipofisario, o como consiguió hacerlo en conejas CROSS [4], aplicando los mismos estímulos en la eminencia mediana, el tallo infundibular o el lóbulo neural.

Las observaciones más antiguas de estos efectos de las hormonas hipofisarias sobre la lactación parecen ser las de OTT y SCOTT [14], que hace cerca de cincuenta años advirtieron que la inyección intravenosa de extractos brutos de lóbulo posterior de hipófisis, en cabras lactantes, ocasionaba al poco tiempo la salida de la leche de sus ubres y además aumentaba considerablemente la cantidad que se podía obtener de ellas. Esas experiencias fueron confirmadas por SCHAEFER y MCKENZIE [17], en perras y gatas, y por GAVIN [10], en vacas. Esos fenómenos se habían atribuído, inicialmente, a que los extractos del lóbulo posterior de la hipófisis fueran capaces de aumentar la producción de la leche. Pero ya GAINES [9] afirmó que el incremento de la cantidad que se podía recoger en los animales que fueran tratados con ellos dependía de que eliminaban más fácilmente que los testigos la que se encontraba en los conductos y senos galactóforos, probablemente porque las hormonas que contenían esos preparados aumentaban la tonicidad de sus células mioepiteliales. Y posteriormente, PETERSEN [15] demostró muy claramente que las inyecciones de pituitrina no aumentaban la producción de la leche, sino que facilitaban su secreción.

Es bien sabido que en los preparados que se obtenían por extracción de lóbulos posteriores de hipófisis resultaba prácticamente imposible separar totalmente el factor vasopresor del occitócico, y que aun los más depurados de cada uno contenían pequeñas cantidades del otro. TURNER y COOPER [18], investigando en conejas lactantes la acción sobre la secreción de la leche de algunos preparados de occitocina y de vasopresina, notaron que el efecto de «let-down» de la primera era más aparente que el de la segunda. Pero también que la acción de la vasopresina parecía más intensa de lo que debiera corresponder a la pequeña proporción de occitocina que impurificaba los preparados usados. Esto les hizo suponer que pudiera haber en ellos alguna hormona desconocida que fuera la causante de los efectos de los extractos de lóbulo posterior de la hipófisis sobre la secreción de la leche. Mas las minuciosas investigaciones posteriores de WITTELSTONE [19] en cerdas lactantes, en las que administró preparados muy purificados, pero también de extracción, demostraron que, sin necesidad de admitir la existencia de esa supuesta hormona, podía comprobarse que la occitocina tiene sobre las mamas un efecto equivalente a su acción occitócica, y la vasopresina, uno semejante, pero mucho menos intenso, que debe estimarse que corresponde a la cuarta parte de su acción vasopresora. El efecto de esta última hormona sobre la mama es, según CROSS y VAN DYKE [5], seis veces menos intenso que el de la occitocina, que, según el parecer de estos autores, es la que debe considerarse como fundamental para facilitar la secreción de la leche.

Teniendo en cuenta esas experiencias en los animales, no puede extrañar que se tratara de aplicar en la clínica algunas de las enseñanzas que de ellas se derivan. Y aunque los primeros intentos de hacerlo parece que se deben ya a SCHAEFER [16], la cuestión no fué estudiada de una manera sistemática hasta que los trabajos hechos para determinar la fórmula de las hormonas del lóbulo posterior de la hipófisis no culminaron en los conocidos resultados que obtuvieron DU VIGNEAUD y colaboradores [6] y BOISONAS y colaboradores [2], al lograr preparar, por síntesis,

dos octapéptidos que tienen los mismos efectos que la occitocina y la vasopresina obtenidas por extracción y que, según se admite, son químicamente iguales a ellas.

Las observaciones clínicas que se han hecho empleando primeramente preparados obtenidos por extracción de lóbulos posteriores de hipófisis y, más recientemente, productos sintéticos que tienen los mismos efectos que cada una de sus hormonas, indujeron a aceptar que el reflejo de «let-down» es un fenómeno fisiológico común en la mujer. De su estudio en ella se deducen interesantes orientaciones, a las que no sería pertinente referirse aquí, para el mejor conocimiento de ciertos reflejos neuroendocrinos y algunas enseñanzas cuya posible utilidad en la clínica consideraremos someramente.

Admitiendo que los estímulos que se derivan de poner a mamar al niño motivan en las puérperas una brusca descarga de hormonas del lóbulo posterior de la hipófisis, de la que sería una prueba indirecta la frecuente aparición en ellas de contracciones uterinas que a veces son tan intensas que resultan dolorosas, se ha supuesto que algunas dificultades de la lactación puedan depender de la insuficiencia de esa reacción. Y que esa deficiencia podría ser compensada, por lo menos en parte, administrando a las pacientes en las que sea manifiesta preparados que contengan occitocina.

Los resultados obtenidos en los ensayos realizados tomando como base este simple planteamiento teórico, son bastante uniformes en las series de casos en las que se hicieron observaciones semejantes.

Así, en la que se trataba únicamente de investigar el fenómeno de la expulsión de la leche, NICKERSON y colaboradores [13] notaron que, en puérperas en las que se hicieron los ensayos entre cuatro y siete días a partir del parto, la administración de occitocina, de extracción o de síntesis, producía una clara eyaculación de la leche a los treinta segundos, cuando se le administraba en inyección intravenosa, y en el doble de ese tiempo, cuando se le hacía en intramuscular. En los casos de DOUGLAS, KRAMER y BONSNESS [7], en los que se trataba también de puérperas recientes, la inyección intramuscular de dos unidades de occitocina sintética dió lugar a la eyección en un promedio de sesenta segundos, mientras que ese tiempo se reducía a la mitad si se le administraba en intravenosa, aunque sólo fuera en una dosis cuatro veces menor.

En las pacientes de ELERT [8] se trató de determinar cuál era la cantidad de leche que se podía recoger después de la administración de occitocina. Para hacerlo ponía a mamar al niño, y cuando terminaba vaciaba el pecho todo lo posible con un sacaleches. Seguidamente inyectaba, en intravenosa, tres unidades de occitocina sintética, y a continuación hacía un nuevo vaciamiento del pecho con sacaleches. Observó así que en ese segundo intento, de un pecho aparentemente vacío, se obtenía una cantidad de leche que casi equivalía a la extraída antes de la inyección. Estos resultados coinciden sensiblemente con los de NEWTON y EGLI [12], que emplearon una técnica semejante, administrando también occitocina sintética en dosis de cinco unidades, pero en aplicación nasal, y con los de HOLLENBACH [11], que la empleó en inyecciones intramusculares o intravenosas.

Nuestras experiencias con la administración de occitocina sintética en puérperas normales que amamantaban a sus hijos, deben dividirse en dos grupos: uno, formado por las pacientes en las que tratamos solamente de establecer cuál era el efecto inmediato de la administración de esos preparados sobre la eyaculación de la leche, y otro, en el que se comprenden aquellas en las que intentamos determinar su acción sobre la cantidad de leche que el niño podía obtener. Y aunque el número de casos que comprenden esas dos series es muy reducido para que sea

lícito deducir conclusiones de los datos recogidos, nos referimos a ellos porque, al menos, nos han permitido lograr una orientación general sobre estas cuestiones.

En veinticinco pacientes administramos al cuarto día del puerperio, en inyección intramuscular inmediatamente antes de poner el niño al pecho, cinco unidades de occitocina. En ellas se notó, en un plazo medio de un minuto, eyaculación de leche, que en catorce fluía goteando, y en ocho, en forma de chorro. Al repetir el ensayo a los ocho días del puerperio, en diez de esas pacientes se observó que la eyección se producía aproximadamente en el mismo plazo de tiempo, en forma de goteo, en cinco de ellas, y proyectándose a una distancia superior a un centímetro, en otras cuatro. En tres de los veinticinco primeros ensayos y en uno de los diez segundos no se comprobó salida de la leche en un plazo de cinco minutos a partir de la inyección. Por ello, a pesar de que las pacientes decían sentir tensión en los pechos después de ella, los consideramos como ensayos negativos, que no nos impiden afirmar que administrando occitocina es fácil, en general, provocar la eyaculación de la leche en la mujer.

En otro grupo de quince puérperas, seleccionadas porque amamantaban normalmente a sus hijos y teniendo el mayor interés en hacerlo se prestaron a estos ensayos, tratamos de determinar el efecto de la occitocina sobre la cantidad de leche que los niños podían obtener. En ellas hicimos dos pruebas: una, al octavo día del puerperio, administrándosela en inyección intramuscular, y otra, a los diez días, utilizándola en aplicación nasal. El simple método seguido en todos los casos, a cuyos pormenores no hemos de referirnos, consistió en hacer pesadas de los niños antes de mamar, a los diez y a los veinte minutos de hacerlo. Administración entonces de occitocina y nueva pesada pasado un tercer plazo de diez minutos, durante el que se ponía el niño otra vez al pecho. La cantidad de leche obtenida en este tercer período, que habitualmente está dentro del margen de error de la balanza que utilizamos, fué considerable en las pacientes tratadas, y en algunas, casi igual a la obtenida en los diez primeros minutos. Por eso nos parece lícito aceptar que el efecto de la administración de occitocina, que probablemente fué algo más intenso en inyección que en aplicación nasal, es manifiesto para facilitar la secreción de la leche.

Reconocemos que el procedimiento seguido en nuestros casos no es irreprochable, porque sobre la cantidad de leche que puede mamar un niño influyen, entre otros, varios factores que dependen de él mismo, como serían su grado de madurez, el vigor con que lo haga, el que en el plazo que se le mantiene al pecho haga más o menos pausas, etc., cuya influencia sobre la lactación no es fácil de estimar objetivamente. A pesar de ello, lo hemos empleado porque consideramos que esa forma fisiológica de obtener la leche de los pechos, a pesar de sus posibles inconvenientes, tiene menos que los métodos que se fundan en el empleo de artificios mecánicos, con los que no se puede imitar, más que muy toscamente, la actividad del lactante.

Si se prescinde de pequeñas diferencias de detalle, puede decirse que nuestras observaciones coinciden con las dadas a conocer por otros autores que estudiaron el efecto de la administración de occitocina en mujeres que amamantaban a sus hijos. Y creemos que esa similitud tiene especial interés en el grupo de nuestros casos en el que, ignorando que se hubieran hecho intentos semejantes, utilizamos esos preparados por vía nasal, ya que los datos recogidos por nosotros son muy parecidos a los dados a conocer recientemente por NEWTON y EGLI [12]. Pues teniendo en cuenta nuestras experiencias, en las que empleamos una técnica a la que ya nos referimos con algún detalle hace trece años, en otro lugar [3], es razonable afirmar

que el saber que se puede facilitar notablemente la eliminación de la leche administrando occitocina en aplicación nasal, resulta muy útil para el tratamiento de algunos de los casos de estasis que con tanta frecuencia se ven en la clínica.

Pero creemos que importa advertir que el sólido fundamento experimental y los criterios teóricos en que se basan estos ensayos no permiten esperar que se obtengan resultados con ellos más que en los casos de auténtica retención de leche. Por eso creemos que el frecuente fracaso de esa terapéutica en las pacientes con manifiesta ectasia de las mamas, que se observa generalmente en el cuarto día del puerperio, debe atribuirse a que su aumento de tamaño, su tumefacción y su turgencia no dependen más que parcialmente de la leche que contengan, sino principalmente de la congestión de sus vasos sanguíneos y linfáticos, que frecuentemente motiva un transitorio edema secundario del tejido conjuntivo de relleno de las glándulas.

RESUMEN

Se refiere este trabajo a los fundamentos teóricos y los favorables resultados obtenidos por el autor empleando occitocina sintética para facilitar la secreción de la leche en la mujer.

BIBLIOGRAFÍA

1. ANDERSON.—*Acta Physiologica Scandinavica*, 23, 1 y 8. 1951.
2. BOISONAS y col.—*Helvetica Chimica Acta*, 38, 1.491. 1955.
3. COLMEIRO-LAFORET.—*Revista Clínica Española*, 19, 278. 1945.
4. CROSS.—*Journal of Endocrinology*, 12, 15. 1955.
5. CROSS y VAN DYKE.—*Journal of Endrocrinology*, 9, 232. 1953.
6. DU VIGNEAUD y col.—*Journal American Chemical Society*, 75, 4.879. 1953.
7. DOUGLAS, KRAMER y BONSNESS.—*American Journal Obstetrics & Gynecology*, 73, 1.206. 1957
8. ELERT.—*Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 14, 147. 1954.
9. GAINES.—*American Journal Physiology*, 38, 285. 1915.
10. GAVIN.—*Quarterly Journal Experimental Physiology*, 6, 13. 1913.
11. HOLLENBACH.—*Zentralblatt fur Gynakologie*, 80, 1.760. 1958.
12. NEWTON y EGLI.—*American Journal Obstetrics & Gynecology*, 76, 103. 1958.
13. NICKERSON y col.—*American Journal Obstetrics & Gynecology*, 67, 1.028. 1954.
14. OTT y SCOTT.—*Proceedings Society Experimental Medicin & Biology*, 8 48. 1910.
15. PETERSEN.—*Physiological Review*, 24, 340. 1944.
16. SCHAEFER.—*Quarterly Journal Experimental Physiology*, 6, 17. 1913.
17. SCHAEFER y MCKENZIE.—*Proceedings Royal Society*, Serie B, 8, 18. 1911.
18. TURNER y COOPER.—*Endocrinology*, 29, 320. 1941.
19. WHITTELSTONE.—*Journal of Endocrinology*, 8 89. 1952.

Dirección: Colón, 31, Vigo.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 398 - TOMO LXVII
MAYO 1959

ENFERMEDADES OCULARES POR RADIACIÓN

POR EL

DR. MANUEL RÍOS SASIAIN

OFTALMÓLOGO DE LA SANIDAD DEL EJÉRCITO DEL AIRE

MADRID

I

EL uranio, el torio y el actinio forman el punto de partida de una importante serie de elementos llamados radiactivos o radioelementos naturales, porque en ellos se dan fenómenos de radiactividad. Los fenómenos radiactivos se explican admitiendo que los radioelementos naturales emiten chorros de corpúsculos y radiaciones electromagnéticas. Aquéllos se designan con las letras *alfa* y *beta*, y éstas, con la letra *gamma*. La radiación alfa natural es semejante a la radiación anódica. La radiación beta natural es idéntica a los rayos catódicos. Y las radiaciones gamma naturales son semejantes a los rayos X de los tubos de alto vacío.

Los rayos *alfa* constan de partículas alfa; esto es, de iones de helio (He) con dos cargas positivas cada uno. En el campo magnético se desvían, por lo tanto, hacia el cátodo. Su poder de penetración es muy pequeño, debido a que son rápidamente absorbidos. Los rayos *beta* están constituídos por electrones; son, por tanto, electronegativos, desviándose al ánodo en el campo magnético. Su capacidad de penetración es mucho mayor que en las partículas alfa; en cambio, poseen menor poder de ionización del aire que les circunda. Por último, los rayos *gamma* no son corpúsculos, sino que están integrados por ondas electromagnéticas de mayor frecuencia que los rayos alfa y beta. Su poder de penetración es mayor que el de los rayos X, de modo que no sirven para obtener radiografías, ya que los huesos resultan transparentes para ellos. Los rayos gamma no sufren desviación en el campo magnético.

Entre otras propiedades de los rayos alfa y beta, y de la radiación gamma, interesa destacar desde el punto de vista clínico: la continua emisión de calor; la propiedad de descomponer el agua, y la cualidad de destruir los tejidos orgánicos.

II

Las enfermedades por radiación resultan de la exposición de todo el cuerpo a la penetración de las radiaciones o como consecuencia de la acción sistemática de sustancias radiactivas. El síndrome resultante varía según sea la intensidad de la radiación recibida y el tiempo de exposición. Así, tras una dosis de radiación

externa de LD^{50} se observa, al cabo de cinco horas, postración, vómitos y diarrea, que duran un día. Pasada una semana de la irradiación, aparecen cambios vasculares y sanguíneos, consistentes en leucopenia, prolongación del tiempo de coagulación (quizá debido al incremento de heparina), variados cambios químicos en la sangre, desarrollo de petequias y hemorragias diseminadas por todo el cuerpo, caída del pelo, etc. En los últimos años, y a consecuencias de las repetidas experiencias atómicas, se ha visto este síndrome con mayor frecuencia.

Los signos oculares en el *síndrome por radiación* consisten en hemorragias retinianas de variada intensidad. Aparecen después de una semana o más de la exposición radiactiva, y representan simplemente una manifestación local de la diátesis hemorrágica general. El pronóstico es idéntico al de otros tipos de retinopatía hemorrágica, dependiendo, en cierto modo, de la extensión y situación de la cicatriz formada en el fondo de ojo. El tratamiento consiste en hacer que disminuya la diátesis hemorrágica, procurando para ello bajar la tasa de heparina en sangre mediante toluidina azul o protamina.

III

En conjunto, las radiaciones que son nocivas para el cuerpo en general, lo son para el ojo en particular. La intensidad en los efectos, así como su extensión en superficie o su alcance en profundidad, dependen del grado de absorción por los medios oculares.

Las *fuentes ordinarias de radiación* son: 1.º Los radiotransmisores y las máquinas diatérmicas, que emiten vibraciones de gran longitud de onda. 2.º Los rayos infrarrojos procedentes de hornos de alta temperatura, cuya longitud de onda oscila entre 12.000 y 1.000 milimicras. 3.º Los rayos del espectro solar visible, con longitud de onda comprendida entre 800 y 400 milimicras. 4.º Los rayos ultravioleta de escasa penetración y con longitud de onda comprendida entre 400 y 150 milimicras. 5.º Los rayos catódicos, de 0'5 a 0'1 milimicras de longitud de onda, de penetración superficial. 6.º Los rayos X ordinarios, de 0'003 a 0'005 milimicras de longitud de onda, dotados de un fuerte poder de penetración. 7.º Los rayos gamma o neutrones, procedentes de sustancias radiactivas como el rádium, de aproximadamente 0'002 milimicras de longitud de onda, también de gran poder penetrante. 8.º En fin, los rayos cósmicos, emitidos por lejanas reacciones nucleares habidas en los espacios siderales; son de gran energía, y su longitud de onda es del orden de 0'0000001 milimicras. En general, las dosis necesarias para ocasionar daños oculares son del mismo orden y magnitud que las que producen lesiones en cualquier otra parte del organismo, con algunas notables excepciones.

A) *Microondas:*

Se entiende por microondas la banda del espectro electromagnético cuya longitud de onda oscila entre 1 m. y 1 mm. Los *equipos de diatermia* y las instalaciones de radar trabajan con microonda. Experimentalmente, se han provocado cataratas a perros y conejos cuyas cabezas habían sido sometidas a ondas diatérmicas; pero no se ha constatado hasta ahora que en el hombre ocurra lo mismo. Es posible que la dosis letal para una radiación total del cuerpo sea menor que la dosis cataratógena. Pero puesto que la *radiación de radar* implica comúnmente la exposición de todo el organismo a la radiación, salvo en circunstancias muy especiales, la determinación de la dosis cataratógena es de importancia secundaria. Por lo que a la diatermia se refiere, no cabe duda que la aplicación de ondas diatérmicas

sobre el ojo, en el tratamiento de una sinusitis, puede suponer un peligro real para el cristalino. El tiempo de latencia para el desarrollo de una catarata tras la exposición a microondas, es de dos semanas. Actualmente ha adquirido considerable interés el estudio de las microondas, en virtud del rendimiento progresivo de los aparatos de radar.

B) *Rayos infrarrojos:*

En el ojo, la radiación infrarroja tiene doble efecto a dosis que no producen daño alguno en el resto de la economía. Un efecto es la producción de catarata por la exposición prolongada a la alta temperatura de los hornos; tal es la llamada catarata de los sopladores de vidrio. El otro efecto es la retinitis focal o ceguera de eclipse, cuando se mira sin protección adecuada un objeto de alto calor intrínseco, como el Sol.

La patogenia de la *catarata* por rayos infrarrojos es todavía desconocida. Se admite que la absorción del calor por el segmento anterior del ojo, y sobre todo por la capa pigmentaria del iris, da lugar a cambios metabólicos perjudiciales para la lente. Quizá el cristalino sea especialmente vulnerable a estos cambios, debido a que, siendo avascular y de formación estructural centrípeta, no halla vía adecuada para desprenderse con rapidez de las sustancias deletéreas. En cuanto a la *retinitis focal* provocada por la penetración de la radiación infrarroja, se explica como una quemadura actual de la retina, producida por la acción condensadora de la lente sobre el fondo de ojo. El cuadro clínico se reduce a una lesión macular con degeneración de los elementos nerviosos, alteraciones pigmentarias y un escotoma central como secuela permanente. La dosis necesaria para originar una lesión en el fondo de ojo del conejo es del orden de las 50 calorías por centímetro cuadrado y minuto. Experimentalmente se han provocado en ojos de conejo cataratas de tipo polar posterior, por la acción de rayos infrarrojos.

Una quemadura de retina similar a la producida en la llamada ceguera de eclipse puede darse en la *explosión de la bomba atómica.* Ejemplos de esto fueron observados en las explosiones de Hiroshima y Nagasaki, así como en las explosiones «test» llevadas a cabo posteriormente en Nevada. De estos últimos hechos experimentales se deduce que la quemadura puede producirse aun a considerable distancia del lugar de la explosión. En Nevada se situaron hombres, monos y conejos a 70 u 80 kilómetros del lugar de la explosión, y sufrieron, no obstante, el escotoma correspondiente. El tamaño e intensidad de la quemadura es inversamente proporcional a la distancia de la explosión. La situación de la quemadura en la retina depende de la dirección de la mirada en el momento de la explosión. La mayor parte de la energía emitida en la explosión atómica alcanza al fondo de ojo antes de que se pueda producir el reflejo pupiloconstrictor y el reflejo palpebral de oclusión. No obstante, las quemaduras retinianas han sido mucho menores en las explosiones de Hiroshima y Nagasaki que en las de Nevada. El fenómeno se atribuye probablemente a que las primeras se produjeron de día, encontrando el ojo con la papila en miosis; al paso que las explosiones experimentales de Nevada se llevaron a cabo de noche, con las pupilas en midriasis.

C) *Radiaciones visibles:*

Dado que la luz visible es el excitante fisiológico del ojo, es natural que su radiación no provoque lesión alguna en el segmento anterior ocular. No obstante, existe a veces una fotosensibilización del organismo a la luz visible, y en tales casos se desarrolla el llamado *xeroderma pigmentosum.* Se traduce clínicamente por

unas neoformaciones benignas o malignas que aparecen en la piel, la conjuntiva y otras membranas mucosas, tras un cierto período de exposición a la luz.

Se piensa que en ciertos estados de hiponutrición la aparición de un escotoma central sea debido a una fotosensibilización específica de la retina. Igualmente, las personas afectas de *porfiria* padecen una constante fotosensibilización, que les predispone a padecer queratitis, conjuntivitis y aun iritis.

D) *Radiación ultravioleta:*

Los rayos ultravioleta producen en el ojo *queratoconjuntivitis,* y en la piel, *eritema.* Ambos efectos sobrevienen al cabo de algunas horas de latencia. La dosis umbral para ocasionar daño en el ojo es de 2×10^6 ergios por centímetro cuadrado, y la dosis umbral para lesionar la piel es de $4'3 \times 10^4$ ergios por centímetro cuadrado. La sensibilidad crítica a varias longitudes de onda, lo que se ha llamado acción espectral límite, es distinta para la piel que para el ojo. En el primer caso se halla en las 295 milimicras, mientras que para el ojo está en las 288 milimicras. Este distinto comportamiento puede explicarse, en buena parte, por el distinto efecto dispersivo de las láminas inertes de queratina corneales y las de la piel.

Se ha comprobado, finalmente, que los rayos ultravioleta producen cambios histológicos de proliferación y degeneración en el epitelio subcapsular cristaliniano, así como en las propias fibras de la lente. De modo que, aunque directamente no son causa de catarata, tales cambios químicos y metabólicos sí pueden considerarse como factores coadyuvantes a la opacificación del cristalino.

Desde el punto de vista del *efecto cataratógeno de las radiaciones,* hay que tener en cuenta: 1.°, que después de la irradiación con luz infrarroja o rayos abióticos, desaparece el glutathion de la lente; 2.°, que la luz ultravioleta coagula las proteínas lenticulares, sólo en presencia de sales de calcio; 3.°, que la lactoflavina es muy fotosensible, siendo descompuesta por la acción de la luz, en productos inactivos, y 4.°, que el ácido ascórbico es oxidado en presencia de flavinas. Es decir, que en los tres principales sistemas oxirreductores del cristalino influye la energía radiante. Y como la transparencia de la lente depende íntimamente del mantenimiento de los mecanismos de la respiración tisular, de ahí la importancia de las radiaciones como factor cataratógeno.

En síntesis, la *formación de la catarata* es esencialmente debida a un cambio en las proteínas y los coloides lenticulares. Estos sufren un proceso de coagulación que se desarrolla en dos fases: una fase de desnaturalización química, en virtud de la cual se coagulan; y otra segunda fase de aglutinación física, por la que se unen los flóculos formados. La primera fase química es un proceso de orden monomolecular, al cual no son ajenos cualquier tipo de radiación (luz infrarroja, luz visible, rayos ultravioleta, o rádium). Las proteínas desnaturalizadas, aun mostrando una creciente inestabilidad, pueden permanecer sin aglutinarse durante mucho tiempo, conservando, por tanto, su transparencia. Sólo cuando surgen condiciones favorables de floculación es cuando se aglutinan, causando la opacificación de la lente.

E) *Rayos X y rayos gamma:*

Los rayos X procedentes de fuentes artificiales, y los rayos gamma procedentes de sustancias radiactivas, dan origen a lesiones en el ojo, lo mismo que las producen en el resto del organismo. Los efectos dependen, en cierto modo, de sus propiedades de penetración, que a su vez vienen dadas por el voltaje de emisión.

Los bajos voltajes de 8 a 25 kilovoltios dan origen a radiaciones relativamente poco penetrantes (rayos X blandos), y sus efectos son, por tanto, predominantemente superficiales, tales como *queratoconjuntivitis* en el ojo y *dermitis* en el resto del cuerpo. En cambio, los altos voltajes de 100 a 1.000 kilovoltios dan lugar a radiaciones de mayor poder penetrante (rayos X duros y rayos gamma), con efectos profundos y superficiales a la vez. Así, en el ojo, no sólo dan lugar a la queratoconjuntivitis, sino también a *catarata* y otras lesiones de la retina. En la piel producen la *depilación.*

El cristalino, no obstante, parece ser más sensible a estas radiaciones que la piel y otros tejidos, pues repetidas radiaciones con pequeñas dosis logran producir catarata sin que se lleguen a afectar en lo más mínimo otras estructuras. Esto puede ser debido al lento ritmo de reparación en el cristalino, en donde la radiación sucesiva puede tener efecto acumulativo, cosa que no sucede en otros tejidos con un ritmo más rápido de reparación.

En el caso de la queratitis, como en las dermatitis, el período de latencia es de varias semanas. En cambio, la latencia para la catarata es de varios años. Para explicarlo se admite la presencia en la lente de algún enzima o sistema de enzimas que inactiva por mucho tiempo el efecto cataratógeno de la radiación.

También la energía radiante en forma de corpúsculos subatómicos (electrones y neutrones) puede dar origen a lesiones oculares y de otras partes del cuerpo. Pero el riesgo es menor que con las formas electromagnéticas de radiación, porque la exposición sólo ocurre en circunstancias muy especiales.

F) *Electrones y neutrones:*

Los electrones pueden ser emitidos por sustancias radiactivas, tales como el rádium, y entonces se les llama arbitrariamente rayos beta. Pueden ser también artificialmente conducidos por un filamento incandescente y constituir los rayos catódicos. En todo caso, su poder de penetración en los tejidos varía con el voltaje de emisión. Pero como las fuentes ordinarias de emisión de electrones tienen voltajes no muy altos, la capacidad de penetración de estas radiaciones es pequeña. De ahí que sus efectos en el cuerpo sean tenues, habiéndose observado en el ojo *queratoconjuntivitis,* y en el tegumento externo, *dermatitis.* Tales efectos son similares a los producidos por la exposición a los rayos X blandos, y, como en este caso, el tiempo de latencia es de varias semanas.

En cuanto a los neutrones, la fuente más común de emisión es el ciclotrón. Sin embargo, también en la explosión de la bomba atómica se liberan neutrones. La masa del neutrón es considerablemente mayor que la del electrón; no obstante, como carece de carga eléctrica, su capacidad de penetración en los tejidos es grande, produciendo efectos similares a los rayos X blandos. En el ojo da origen a queratoconjuntivitis, catarata y, probablemente, diversas lesiones en la retina. En la piel ocasiona dermatitis, y según en el lugar del cuerpo en que actúa, produce una variada gama de efectos profundos.

La exposición constante a los efectos del *ciclotrón,* con su continua emisión de neutrones, provoca catarata, sin otra lesión apreciable en el ojo ni en el resto del cuerpo. Como, por otra parte, se ha comprobado en los supervivientes de bombardeos atómicos la presencia de *catarata,* cabe pensar que, tanto en la exposición aguda como en la crónica, el cristalino tiene una especial hipersensibilidad a la acción de los neutrones.

Como se ve, las radiaciones, cualquiera que sea su naturaleza, afectan con extraordinaria frecuencia al cristalino. Los múltiples y modernos trabajos encaminados a esclarecer este hecho parecen demostrar que en la patogénesis de la catarata aparecen daños específicos en el epitelio lenticular. Se aprecia, en efecto, una inhibición inicial de las mitosis celulares, seguida de un incremento de la actividad mitósica, que se acompaña de fragmentación nuclear, anomalías citoplasmonucleares y formación de fibras lenticulares aberrantes. Eventualmente, una córticolisis puede introducir cambios no específicos que ayuden a la maduración de una catarata.

RESUMEN

Analiza las fuentes de radiación y las enfermedades y síndromes que pueden resultar de la exposición a las mismas del cuerpo humano y concretamente del órgano de la visión.

La intensidad de los efectos, así como su extensión en superficie o alcance en profundidad, dependen del grado de absorción por los medios oculares. Describe las características y patogenia de las lesiones por radiación y los efectos diversos que sobre el ojo determinan las microondas, la radiación infrarroja, la radiación visible y la ultravioleta; los efectos de los rayos X y rayos gamma; y, por último, los de los electrones y neutrones. Casi todos sin excepción producen lesiones en el cristalino y especialmente en el epitelio lenticular, dando lugar a la formación de una catarata.

Dirección: Fernán González, 47, 3.º D. Madrid.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 398 - TOMO LXVII
MAYO 1959

DIABETES Y EMBARAZO

POR EL

DR. GERHARD KATSCH

GREIFSWALD

En el período del embarazo está produciéndose una simbiosis muy estrecha de dos unidades, de dos sujetos. A su unión fisiológica se oponen posibilidades mutuas específicamente simbióticas. A la altura de su madurez, el organismo materno está desarrollando reservas funcionales que le hacen capaz de formar rápidamente un nuevo organismo, además de su propia conservación vital. Existen observaciones que demuestran que las reservas de la mujer embarazada superan sus posibilidades de utilización por el hecho de que pueden prosperar gemelos e incluso trillizos. Por otra parte, en el organismo fetal, la regulación metabólica está orientada muy intensamente hacia la organización del cuerpo. Las pretensiones del feto son una carga para el organismo materno y compiten con sus necesidades de conservación. Esto se ve claramente cuando el organismo no se encuentra en buen estado de salud, bien sea por estados de desnutrición u otras influencias externas. Aquí, como en otras muchas circunstancias de la vida, nos encontramos ante una relación antagónica y sinérgica. Es evidente, pues, que surgen posibilidades particulares de eficiencia a causa de la situación hormonal profundamente alterada en el organismo materno. La mujer sana está floreciencio y vigorizándose (con efecto ulterior) a consecuencia del embarazo.

Por otra parte, parece evidente que la compensación hormonal reguladora entre las necesidades diferentemente orientadas de dos organismos puede hacer posible la aparición de trastornos que no tendrían lugar sin la existencia de esta simbiosis.

Se pueden mencionar dos ejemplos muy apropiados a este respecto: la adiposis postpartum (posterior, muchas veces duradera) y la caquexia, que llega al síndrome de Simmonds, casos sobre los que llamó la atención muy particularmente SHEEHAN.

En estos casos, el embarazo no es más que una causa realizadora. Para la explicación «causal» hay que pensar en la hipófisis anterior, que está suministrando la hormona de crecimiento y fijación de las grasas. Esa parte de la hipófisis anterior se estimula y se esfuerza a consecuencia del embarazo. Sabido es que la misma hormona tiene un efecto diabetógeno, antiinsulínico (YOUNG); sin embargo, fijando la grasa se muestra coinsulínica.

En caso de diabetes postpartum, penetramos algo mejor en el desarrollo de la enfermedad manifiesta, porque en tales casos la disposición hereditaria a la

Conferencia leída en la Sociedad Española de Patología Digestiva y de la Nutrición, el 6 de noviembre de 1958. (*R. E. A. D. y N.*, n.º 10, XII - 1959. Madrid.)

diabetes muchas veces se puede comprobar como parte de la causa, eventualmente como causa esencial. El embarazo es la causa desencadenante cuando la mujer llega a ser diabética a consecuencia de uno o de varios embarazos desde una alteración endocrina prediabética poco perceptible; o sea, que la madre ya diabética, al quedar embarazada, experimenta en el curso del embarazo un empeoramiento temporal o permanece en la situación del metabolismo, es decir, empeorándose con respecto a las situaciones de conservación, de mantenimiento y de ejercicio. La influencia del embarazo en la aparición y en el curso de la diabetes materna ha sido ya comprobada estadísticamente en la tesis doctoral de JHON (1945) y puede demostrarse actualmente por medio de mayor número de casos. Experimentalmente se comprueba esta influencia por la comparación de gemelos univitelinos.

Fué LEMSER quien añadió a los casos observados por nosotros varios otros con discordancia evidente, de los cuales queremos mostrar los más importantes (cuadro 1).

CUADRO 1

GEMELOS DEL MISMO HUEVO	NÚMERO DE EMBARAZOS PASADOS		DIABETES MANIFIESTA DESDE AÑOS	
1. Par Greifswald (PANNHORST)	5	—	14	—
2. Par (JENTSCH)	4	1	12	10
3. Par (LEMSER)	1	10	—	5
4. Par (LEMSER)	—	5	—	3
5. Par (LEMSER)	—	3	—	10
6. Par (LEMSER)	10	2	14	½

También HOET (1954) y otros clínicos hacen resaltar una influencia diabetógena del embarazo, hecho sobre el cual ya no hay ninguna duda.

Se demuestra también en el niño la posibilidad específicamente simbiótica de trastornos, existiendo en la madre una diabetes, o sea, solamente la fase precedente disendocrina de la diabetes manifiesta, que ya llamamos prediabetes (1950). Por lo visto, los cuadros disendocrinos se muestran más fácil y llamativamente en el embrión o en el feto, el cual se encuentra todavía en estado de organización. Alteraciones disendocrinas insignificantes por parte de la madre actúan desfavorablemente sobre el desarrollo del hijo durante la vida intrauterina. De esta manera ya diagnosticamos, con CORNELIA VAN BEEK, en un niño gigantesco y pastoso recién nacido, la prediabetes de la madre, la cual no se había evidenciado aún en sus propias funciones metabólicas.

Fué aquí, en Madrid, en 1934, donde expuse mi criterio de considerar a la diabetes como una enfermedad de la regulación, utilizando como argumento en favor de este punto de vista la conducta de la diabetes en la mujer embarazada, aparte de otros juicios clínicos en los que no voy a entrar.

Nuevos hechos han surgido desde que a la mujer diabética le es posible tener hijos sanos, y desde que, con los tratamientos actuales, se ha mejorado la salud, la energía y el bienestar, y sobre todo desde que se ha eliminado el peligro del coma diabético durante el parto. Antes, más de la mitad de las diabéticas embarazadas morían en el parto.

Cuando en el año 1930 se fundó nuestro primer «Hogar del Diabético», entonces muy modesto, acudieron al mismo hombres bastante jóvenes que estaban percibiendo rentas de invalidez o habían sido propuestos para ellas. Nuestro obje-

tivo era mantener útiles y «condicionalmente sanos» (como yo los llamaba entonces) a los diabéticos en buena edad para el trabajo. Los éxitos que obtuvimos entonces fueron tan llamativos que no tardaron en pedir ayuda mujeres trabajadoras y jóvenes de ambos sexos, cuya colocación profesional era un grave problema para ellos.

Antes de la era insulínica las mujeres diabéticas eran con frecuencia estériles. Las niñas y mujeres jóvenes diabéticas se malograban con mucha frecuencia antes de alcanzar la edad del parto.

Después de la introducción de la insulina, todavía en algunos casos se interrumpió el embarazo artificialmente, para evitar el grave peligro de la muerte, muy frecuente, en coma diabético.

Especialmente, bajo el lema «condicionalmente sano», que significa mucho más que el término anglicano «rehabilitación», surgió entre las mujeres diabéticas bien tratadas el deseo comprensible de casamiento y maternidad. Luego nos arriesgamos a no recomendar la interrupción artificial del embarazo a causa de la diabetes solamente.

Jóvenes e incluso niñas a quienes conocíamos muy bien desde hacía años, alcanzaron la edad de la pubertad y deseaban descendencia. Después vimos, en algunos casos particulares, embarazos normales con nacimiento de un niño sano.

Estos éxitos se divulgaron poco a poco entre nuestra clientela, y el complejo problemático de diabetes y embarazo nos acometió como una oleada, como una avalancha.

En consideración a los cuidados médicosociales, extraordinariamente intensos con nuetros enfermos diabéticos, este acontecimiento resultó particularmente impresionante para nosotros. En principio, lo mismo sucedió en todo el mundo.

Me parece interesante la coincidencia de diabetes y embarazo en los muchísimos casos de la Clínica Médica Universitaria, dirigida por mí desde el año 1928.

En las historias clínicas del período 1900-1923 esta coincidencia tuvo lugar sólo en un caso. Desde 1924 a 1927 (principio de la era insulínica) hubo un caso cada dos años. Desde 1927 a 1930, un caso por año. Desde 1930 a 1943, dos casos por año. Desde 1944 a 1949, dos casos por año, incluyendo los del «Hogar del Diabético». En el año 1951 hubo trece casos, y en 1952, doce casos. En el año 1952 fué inaugurada una Casa de Maternidad dentro de nuestro nuevo gran «Hogar del Diabético» en Karlsburg. En esta Casa tuvo lugar el primer parto el día 1 de septiembre de 1952.

En nuestra Casa de Maternidad se han producido hasta la fecha doscientos setenta y dos partos. No hemos tenido desde el comienzo ningún caso letal debido a la diabetes. Nos ocupamos muy seriamente del problema de la mortalidad infantil antes, durante y después del nacimiento (mortalidad infantil perinatal) (cuadro 2).

CUADRO 2

Número de partos en Karlsburg	
1952	6
1953	22
1954	29
1955	43
1956	50
1957	68
1958 (hasta septiembre)	54
Total	272

Antes de la inauguración de la Casa de Maternidad tuvimos en mi Clínica Médica, entre agosto de 1950 y el mismo mes de 1952, una serie de treinta y dos embarazos y partos en mujeres diabéticas, efectuados en condiciones difíciles de colaboración entre las dos Clínicas, Médica y Ginecológica, de Greifswald, separadas una de otra en el espacio (cuadro 3).

CUADRO 3

Número de los embarazos	*Pérdida total de niños*	*Niños muertos en útero*	*Muerte de niños durante y después del alumbramiento*
32	14 = 44 por ciento	6 = 19 por ciento	8 = 25 por ciento

En todo este período no perdimos ninguna madre; pero de veintiséis niños que nacieron vivos, sólo dieciocho siguieron viviendo, y en diecisiete casos hubo necesidad de practicar la operación cesárea un mes antes del término.

Nuestra mortalidad perinatal infantil ascendía al 25 por ciento, que, aunque muy favorable en comparación con otros promedios, no era todavía satisfactoria.

En 1943, nuestro colaborador Jhon nos informó de que, interrogando a setenta y tres mujeres diabéticas atendidas en nuestro «Hogar del Diabético», resultó que todas estas mujeres sumaron ciento siete embarazos y partos sin nuestra cooperación, y que la mortalidad perinatal fué del 58 por ciento, es decir, más del doble de la que acusa nuestra estadística. Además se murieron cinco mujeres durante el parto.

Nuestros resultados han mejorado todavía más desde que funciona el Servicio de Partos, dentro de nuestro «Hogar del Diabético», dirigido por los ginecólogos Worm y Lange, en colaboración con el diabetólogo profesor Mohnike. A medida que hemos aumentado nuestra experiencia hemos ido mejorando los resultados. Es muy importante la existencia de un servicio como éste, donde en poco tiempo pueda adquirirse una gran experiencia en esta rama especial y fronteriza de la diabetes y el embarazo. Tengamos en cuenta que entre las mujeres que acuden a cualquier clínica ginecológica para dar a luz, solamente hay una diabética entre tres mil casos, y, por tanto, es natural que los ginecólogos carezcan de experiencia sobre este particular.

El mejoramiento de nuestros resultados se muestra en una tabla que voy a presentarles a ustedes (cuadro 4).

CUADRO 4

	Número de los embarazos	*Pérdida total de niños*	*Niños muertos en útero*	*Muerte del niño durante y después del alumbramiento*
1.ª serie . . .	100	20 = 20 %	6 = 6 %	14 = 14 %
2.ª serie . . .	27	6 = 22 %	1 = 3'5 %	5 = 18'5 %
3.ª serie . . .	145	18 = 12'5 %	7 = 5 %	11 = 7'5 %

Entre tanto, nuestro procedimiento ha cambiado en muchos aspectos.

En la última tabla han visto ustedes que la operación cesárea se ha practicado solamente en cuatro casos entre cincuenta, es decir, en el 8 por ciento, mientras que al principio de nuestra experiencia la mayoría de los niños nacieron con cesárea. Al principio realizamos la cesárea con tanta frecuencia como consecuencia

de la precocidad aparente de los niños en lo que se refiere al peso y al tamaño. También influyeron en nuestro ánimo los consejos de la escuela americana, favorables a practicar la cesárea en estos casos (cuadro 5).

CUADRO 5

Núm. de los embarazos	*Operación cesárea*	*Alumbramiento vaginal*	*Pérdida total de niños*	*Niños muertos en útero*	*Muerte del niño durante y después del alumbramiento*
50	4 = 8 %	46 = 92 %	3 = 6 %	2 = 4 %	1 = 2 %

Antes practicábamos la cesárea cuatro o cinco semanas antes del término, porque en este tiempo no era posible activar el parto por vía natural. *Actualmente provocamos el parto dos o tres semanas antes del término, por rotura de la bolsa de aguas.* De esta forma, los niños son más viables, vigorosos y maduros. Un tercer elemento de nuestro proceder es la especial terapéutica insulínica que realizamos durante el último período del embarazo.

Es conocida *mi continua lucha contra la superinsulinización como* «el más frecuente error de conducta». Si bien muchos médicos pretendían alcanzar la aglucosuria y una glucemia normal para todos los diabéticos, nosotros nos hemos convencido muy pronto de lo equivocado de este proceder. *Pequeñas pérdidas de glucosa por la orina son mucho menos perjudiciales para el diabético que los accidentes hipoglucémicos,* tan molestos para el diabético que trabaja. Estimamos los episodios hipoglucémicos sumamente peligrosos para el organismo en desarrollo del niño, y por eso tratamos de evitar cuidadosamente las hipoglucemias de la madre.

En algunos niños que murieron a raíz del nacimiento se encontró un páncreas hiperplásico que había producido ataques hipoglucémicos antes de la muerte. Son niños que nacieron con una glucemia alta y que al ser separados de la madre bajó la glucemia tan violentamente que les causó la muerte. Era de suponer una hiperfunción del páncreas en todos los niños recién nacidos de mujeres diabéticas.

Es frecuente entre los niños recién nacidos, incluso de madres no diabéticas, niveles bajos de glucemia. Esto no debe ser motivo para la administración de grandes dosis de glucosa a estos niños, que por un mecanismo reactivo pueden llegar a una hipoglucemia aún más intensa. Nosotros hemos prescindido de la administración rutinaria de glucosa a los recién nacidos, y cuando por cualquier circunstancia, muy rara, esto es aconsejable, utilizamos dosis muy moderadas.

El nacimiento de niños gigantes y pastosos, por exceso de peso, fué atribuído antes a un exceso de alimentación del feto como consecuencia de la hiperglucemia materna, eventualmente también a la hiperlipemia de la madre. Por otra parte, se pensó en el efecto hidropígeno de la insulina para explicar la pastosidad y el hidramnios de esos fetos. Los niños tenían el aspecto de prematuros y el parto tuvo lugar con más frecuencia antes del término calculado y casi nunca fué retrasado. (Figs. 1 y 2.)

Los niños gigantescos, de aspecto pastoso, que por razones mecánicas deben ser extraídos mediante operación cesárea, *no suelen ser producto de la sobrealimentación fetal, sino consecuencia de una reacción patológica sobre el feto de las hormonas de la placenta* (HOET).

Los resultados se mejoran notablemente cuando se practica la cesárea con liberalidad después de un estudio radiológico del tamaño del feto y de la madurez de sus huesos. Es necesario también tener un exquisito cuidado en el mantenimiento de una buena temperatura (fig. 3) con los recién nacidos no maduros y emplear,

en caso de necesidad, la tienda de oxígeno y la respiración artificial con el «Baby-Bio». Con esta conducta se ha podido ver que *la causa de la muerte en estos recién nacidos no se explica por la hiperglucemia, sino por asfixia.*

Otros niños recién nacidos de madres no diabéticas tienen muchas veces glucemias hasta de 50 mg. por 100, y en niños ya más crecidos la glucemia en ayunas suele ser más baja que en los adultos, sin que por ello presenten manifestaciones hipoglucémicas (MEBERT).

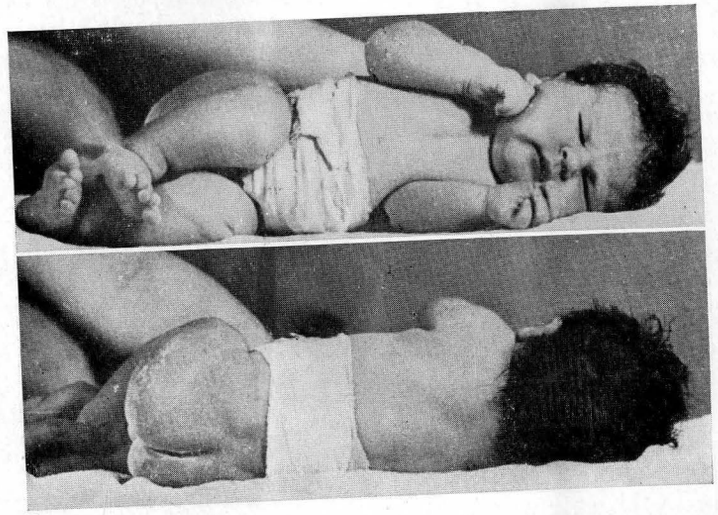


Figura 1

La regulación de la glucemia no tiene su fin en sí misma, ni está automatizada hasta tal punto que no pueda separarse de los valores considerados como habituales en el adulto sano. Varios enfermos con hiperinsulinismo por tumor pancreático tienen ataques hipoglucémicos solamente cuando la glucemia desciende a valores muy bajos, como sucede a los distróficos mal alimentados. La regulación de la glucemia se hace en función del crecimiento, del engorde, del consumo de energía, y conforme a la situación y necesidad de cada caso.

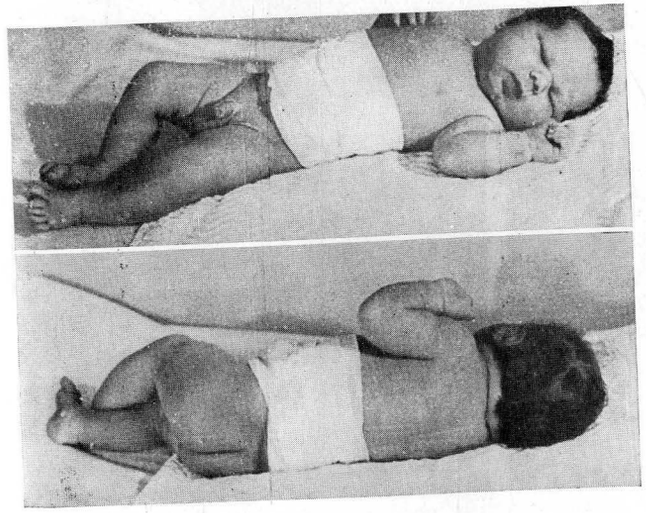


Figura 2

Sabido es, además, que entre los animales, las diferentes especies muestran diferentes niveles de glucemia; y en relación con nuestro asunto me parece interesante señalar el hecho de que las gallinas que están poniendo huevos continuamente son muy resistentes a la hipoglucemia insulínica.

Yo tuve una enferma con un insulinoma, con graves ataques diarios, que al quedar embarazada desaparecieron de una manera sorprenden-

te y permaneció en una situación normal hasta poco tiempo después de dar a luz un hijo sano. Entonces se repitieron nuevamente los ataques hipoglucémicos, hasta dar lugar a una intervención quirúrgica con extirpación del insulinoma. Aquí tenemos la comprobación de que durante el embarazo se produce en exceso un factor antiinsulínico o diabetógeno, bien sea en la hipófisis del embarazo o bien en la placenta. Después de observar este caso que acabo de relatar, me comunicaron que POMPEN (1946) había tenido una experiencia análoga con dos embarazos sucesivos en una enferma con un insulinoma.

En el mismo sentido, WORM pudo ver que embarazadas diabéticas, tratadas con insulina en el último período de su embarazo, no acusaron síntomas ni molestias con glucemias que descendieron hasta 50 miligramos por ciento.

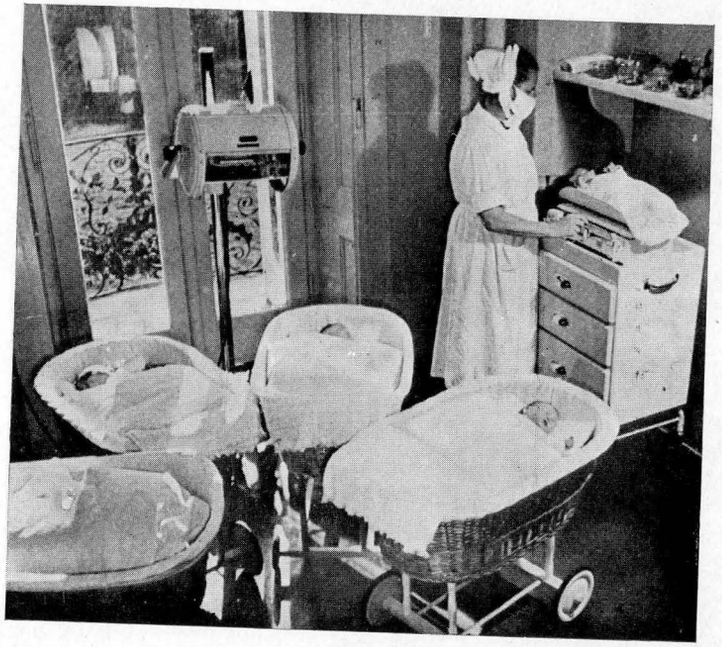


Figura 3

Después de consultar al profesor MOHNIKE se aumentó la dosis de insulina antes del parto, de modo que, sin grandes fluctuaciones y evitando el peligro de la hipoglucemia, se consiguió un nivel de glucosa en la sangre relativamente bajo.

En el mismo sentido se expresa WHITE, quien en 1946 dijo que en el curso del embarazo las necesidades de insulina aumentan cada trimestre. PEDERSEN exige la normalización aproximada de la glucemia con grandes dosis de insulina. LONG es partidario de una glucemia no superior a 130 miligramos. HOET refiere casos de mujeres que dieron a luz repetidas veces niños deformes, y habla del efecto teratógeno de la carencia de insulina durante el embarazo por insignificante que ésta sea, y está convencido de haber conseguido niños normales tratando con insulina a madres diabéticas. Parece seguro que *la glucemia normal de la madre durante la ligadura del cordón evita la peligrosa hipoglucemia del recién nacido.*

Tratando cuidadosamente a la madre durante el último tercio del embarazo con una tosis total de hasta 120 unidades de insulina soluble, bien repartida en el día, y manteniendo, si es posible, una glucemia no superior a los 140 miligramos, pudo observar WORM que un hidramnios, ya existente, retrocedía a pesar del efecto hidropígeno tan temido de la insulina.

De esta forma han disminuído las indicaciones de partos prematuros artificiales por operación cesárea. Esta operación, de ningún modo es la solución ideal,

y tiene el inconveniente, en opinión de WORM, de favorecer la muerte en asfixia del recién nacido, por aspiración del líquido amniótico.

No puede, por tanto, sorprender que las particulares condiciones metabólicas de la mujer embarazada exijan una conducta médica bastante diferente de la rutinaria en la diabetes común. En el caso concreto del embarazo hay que prestar más atención a la situación hormonal que a la necesidad cuantitativa de calorías. La mayor insulinización está justificada aquí para contrarrestar la hiperfunción hipofisaria del embarazo. También la conocida acción antialérgica de la insulina tiene probablemente su eficacia indirecta sobre la hipófisis. Por todas estas razones el peligro de una superinsulinización *durante el embarazo* parece disminuído.

Insisto en que *la operación cesárea por diabetes tiene cada vez menos indicaciones, pero habrá que practicarla cuando el estudio radiológico previo muestre un excesivo tamaño del feto.* No es enteramente superflua la operación cesárea anticipada, puesto que con ella se evita la muerte intrauterina del feto, aunque éste tenga las probabilidades de mortalidad de los partos prematuros. En cuanto a la mortalidad perinatal del recién nacido hemos conseguido resultados mucho mejores.

En esta situación surgen nuevos problemas: ¿Cuántos embarazos pueden recomendarse a la mujer diabética, o mejor dicho prediabética, teniendo en cuenta el efecto diabetógeno del embarazo mismo? Varias mujeres salieron airosas y sin perjuicio alguno después de tres embarazos sucesivos en nuestro Hogar de Diabéticos. ¿Qué sucede con el embarazo en mujeres diabéticas de edad avanzada? Según HOET, cabría esperar en ellas el alumbramiento de un feto deforme. Hasta ahora se han visto 14 malformaciones poco más o menos, y entre ellos hubo cinco casos letales. Digo «poco más o menos» porque varias deformidades de pequeño grado no fueron evidentes hasta mucho más tarde, acaso muchísimo tiempo después del nacimiento. El porcentaje de malformaciones en estos casos no excede considerablemente a lo que se ve en la mujeres no diabéticas, pues hemos incluído también pequeñas deformaciones que durante la vida no molestan mucho y se soportan bien.

En todos nuestros diabéticos, que ahora viven mucho más que antes, nos preocupa la angiopatía, con sus lesiones en la retina, tantas veces motivo de ceguera, y con sus alteraciones renales en el sentido de KIMMELSTEIL-WILSON. Como ahora nos preocupa muy seriamente este problema de la esclerosis metadiabética, surge la cuestión de la influencia perjudicial que pueda tener el embarazo sobre la evolución, desarrollo y progreso de la angiopatía.

Según nuestra experiencia, resumida recientemente por nuestros colaboradores, puedo decir lo siguiente: *una ligera angiopatía diabética existente antes del embarazo o manifestada durante el mismo, puede mejorar y hasta desaparecer después del parto. Cuando antes del parto existía una grave participación renal, el embarazo actúa empeorando la situación.* Tales mujeres gravemente enfermas sufren con frecuencia de toxicosis nefríticas. *Lo que nosotros no hemos podido comprobar es el hecho afirmado en la literatura médica de que las mujeres diabéticas tengan más propensión que las sanas a la toxicosis del embarazo.* Creemos que no se debe recomendar el embarazo a mujeres diabéticas con una enfermedad nefrítica.

Con respecto a todo lo que acabamos de mencionar, quiero insistir en que es de la máxima importancia la profilaxis del coma diabético.

La capacidad de lactancia de las mujeres diabéticas es normal a veces, pero generalmente escasa. Es posible que en el futuro puedan conseguirse algunos progresos en este aspecto.

Muchas veces me hacen la siguiente pregunta: ¿Es justo criar una descendencia de mujeres diabéticas sabiendo que, por lo menos en parte, la predisposición diabética se transmite por herencia? Yo contesto que sí, pero que es preciso exigir una cuidadosa vigilancia durante varios años sobre esa descendencia. Nuestro Instituto se ocupa de este asunto como un deber obligatorio, concentrando todas sus posibilidades de observación.

Sobre la diabetes de la primera infancia entre los niños nacidos en nuestro Instituto no hemos visto hasta ahora ningún caso.

El porvenir nos reserva grandes enseñanzas. Todavía no sabemos en qué consiste la predisposición hereditaria, en qué medida hay que considerarla como una falta de adaptación a condiciones de la civilización, como una consecuencia de ciertos perjuicios que van sumándose de generación en generación, a saber: la sobrealimentación, la desnutrición, la negligencia en el cuidado de la salud, la vida sedentaria, la alimentación desequilibrada, etc.

Surge la cuestión de la posibilidad de hacer perceptible la diabetes en una fase anterior a la prediabética, puesto que en algún caso singular, de una mujer todavía no diabética, ha nacido un niño pastoso tipo Cushing.

También en casos masculinos sería preciso descubrir un procedimiento de diagnosticar la fase prediabética, para que interviniendo en esa fase intentáramos evitar que la enfermedad se manifestase e incluso llegar a curarla antes de su aparición.

Son muchos todavía los problemas pendientes, y en mi opinión esta ignorancia que tenemos sobre muchas de estas cuestiones no nos autoriza a impedir en principio la descendencia a los diabéticos.

RESUMEN

El autor comienza describiendo la unidad funcional que supone la asociación de la madre embarazada y el feto durante toda la gestación. Esta unidad se halla mantenida por el juego hormonal de la madre, el cual, al desorbitarse, puede dar lugar tras el parto a dos síndromes hipofisarios extremos: la obesidad y la caquexia. Revisa el estado actual de los problemas clínicos de las embarazadas diabéticas antes y después del descubrimiento de la insulina, comparando su casuística en el transcurso de los treinta últimos años.

Expone los felices resultados de 272 partos ocurridos en la Casa de Maternidad para mujeres diabéticas, que forman parte de su Institución hospitalaria. Atrae la atención sobre la escasa mortalidad infantil de estas observaciones. A continuación expone sus líneas terapéuticas generales y su opinión sobre los hechos clínicos observados.

Es partidario de provocar el parto dos o tres semanas antes del término, recurriendo a la rotura de la bolsa de aguas en todos los casos de fetos grandes, procedentes de madres diabéticas.

Cree un error el exceso en la terapéutica por insulina, puesto que, a su juicio, una glucosuria pequeña es menos perjudicial para un diabético que la posibilidad de un accidente hipoglucémico.

Los niños gigantes, que han de ser extraídos del útero mediante una operación cesárea, no son el producto de la sobrenutrición fetal, sino la consecuencia patológica de la acción hormonal de la placenta. La causa de la muerte en estos recién nacidos no se explica por la hiperglucemia materna, sino por una verdadera anoxia.

La glucemia normal de la madre durante el acto de ligar el cordón umbilical evita la peligrosa hipoglucemia del recién nacido.

La operación cesárea en las madres diabéticas tiene cada vez menos indicaciones, habiendo de ser practicada cuando el estudio radiológico previo muestra un excesivo tamaño del feto. Pero hay que hacer todo lo posible por prevenir y evitar esta contingencia.

Una ligera angiopatía existente en las diabéticas antes o durante el embarazo puede mejorar y aun curar después del parto. Ahora bien, cuando existe previamente una grave afección renal (síndrome de Kimmelstiel-Wilson) el pronóstico del embarazo es muy grave. Pero las mujeres diabéticas no tienen, en modo alguno, una mayor propensión a la toxicosis del embarazo, conforme afirman varios autores.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 398 - TOMO LXVII
MAYO 1959

LOS EFECTOS BIOLÓGICOS DE LA RADIACIÓN NUCLEAR

POR EL
DR. LOUIS M. ORR
CONSULTOR DEL INSTITUTO DE ESTUDIOS NUCLEARES,
SERVICIO MÉDICO, OAK RIDGE
TENNESSEE (U. S. A.)

TRECE años atrás, al hacer estallar los Estados Unidos, en uno de sus desiertos del Oeste, la primera arma nuclear, el mundo entró en la era atómica. Desde ese entonces no ha habido forma de volver atrás de esta nueva edad, y en realidad *no puede* volverse atrás. Aquellos que han presenciado los beneficios médicos para la Humanidad, posibles gracias a los isótopos radiactivos, no desean cerrar la puerta a esta intrépida y terrible era.

Posiblemente con una sola excepción, las naciones que en la actualidad están perfeccionando la energía nuclear todavía no han conseguido nada en lo que a potencia del átomo se refiere. Esa excepción se encuentra en el área en que se ha venido experimentando el poder destructivo del átomo en la forma de bombas termonucleares.

Desgraciadamente, la aventura del hombre con el átomo tiene sus peligros. Es cierto que los riesgos son mayores y más graves que en cualquier otro campo que hayamos invadido desde el comienzo de la vida. Es de esperarse, por lo tanto, que la mayoría de las gentes no favorezcan la continuación de las pruebas y desarrollos nucleares. No tiene nada de extraño que cualquiera tenga temor a lo desconocido. Este temor debería ser sinceramente respetado, pero también deben estudiarse los motivos de aquellos que esconden sus razones de oponerse a las pruebas nucleares, detrás de ruidosas declaraciones y que, al mismo tiempo, fracasan en demostrar científicamente que los peligros excesivos existen en realidad.

El argumento general de esos que se oponen a las pruebas nucleares, es que las partículas radiactivas son dañinas para la actual población mundial y representan un peligro para las futuras generaciones. Podríamos convenir con este argumento si las pruebas termonucleares a toda escala fueran un procedimiento anual continuo en el que toneladas y toneladas de materiales radiactivos fueran esparcidas en el cielo en una proporción desmesurada.

En el pasado se han estado realizando pruebas termonucleares a toda escala, y es debido a dichas pruebas el que poseamos un conocimiento más adecuado acerca de los efectos de las partículas radiactivas. Sin embargo, en el presente, y a lo menos en los Estados Unidos de América, el énfasis se concentra en pruebas más pequeñas y en armas «puras», que producen la menor radiactividad posible. Por ejemplo, los Estados Unidos dispararon hace poco un arma subterránea que estaba totalmente «controlada». En forma notable no se escapó ninguna sustancia radiactiva, consiguiéndose así nuevos usos pacíficos con explosiones «controladas». Asi-

mismo es interesante saber que desde sus pruebas termonucleares en 1954, los Estados Unidos han reducido seis veces los «megatons» (megatones) de las sustancias radiactivas que se desprenden en las pruebas. A pesar de todas las medidas de seguridad que se han establecido últimamente y del control de la radiactividad esparcida en el aire, las emociones humanas y la histeria se han puesto en juego en contra de futuras pruebas nucleares. Millones de personas han oído que las partículas radiactivas son culpables de causar innumerables lesiones patológicas y, prácticamente, toda clase de mutaciones genéticas. Como consecuencia, es difícil y casi imposible convencer a un gran porcentaje de la población mundial para que mire en forma objetiva las pruebas nucleares.

Es sabido que la radiación puede ser peligrosa; pero el *fuego* puede ser peligroso también. Esto es una cuestión de control. Es un hecho que durante siglos la Humanidad ha vivido con una cantidad de radiación más o menos treinta veces mayor que la cantidad adquirida hasta la fecha a consecuencia de las partículas radiactivas de los experimentos nucleares.

Es un hecho, además, que el hombre moderno ha recibido en su cuerpo más irradiación proveniente de los rayos X y del examen fluoroscópico, que de las sustancias nucleares. Me inclino a agregar que la irradiación producida por el hombre puede ser una fuente de provecho o de daño, dependiendo enteramente de la habilidad e inteligencia del operador profesional y de la finalidad en que va a ser usada.

La profesión médica sabe que la irradiación es un tratamiento efectivo para ciertas enfermedades y un complemento necesario de importantes técnicas de diagnóstico. Esto no puede suspenderse ni tampoco debiera juzgarse parcialmente. Es necesario evaluar los *peligros* potenciales contra los posibles *beneficios*.

Uno de los mayores obstáculos en conseguir una buena perspectiva en el problema de las sustancias radiactivas es motivado por los efectos *retrasados* que pueden resultar de la radiación. La mayoría de la gente —incluyendo a los médicos— está desconcertada por el hecho de que cualquier efecto retrasado es, por definición, lo que no aparece de inmediato, y que dichos efectos, una vez que se hacen presentes, podrían ser producidos por algo tan intangible como son las partículas radiactivas. En esta forma, todo el tema se convierte en algo misterioso que es difícil de resolver.

En efecto, tenemos una situación completamente contraria a esa que pertenece al pasado y que se relaciona con las grandes enfermedades epidémicas: las epidemias de viruela, cólera y fiebre tifoidea eran problemas reales y terribles. La tarea era encontrar las causas y terminar con las enfermedades por medio de la introducción de la sanidad y por la inmunización de la población contra los distintos organismos causantes. Los peligros de la radiación en la sociedad presentan un problema completamente distinto. Uno puede predecir solamente los efectos del grado actual de exposición radiactiva de la población; efectos que no pueden ser medidos o claramente identificados con la causa específica.

Por ejemplo, al tratar de evaluar la posibilidad de efectos genéticos producidos por las partículas radiactivas, se encuentran los siguientes factores adicionales y complejos. En los Estados Unidos, durante los últimos tres o cuatro años, las dosis externas de radiación han alcanzado entre un milésimo a cinco milésimos de un röntgen por año. No obstante, esto no es nada comparado con la dosis normal de 150 milésimos de un röntgen por año que resultan de las radiaciones cósmicas y de los elementos naturales radiactivos del ambiente. Es obvio entonces que el efecto genético de las partículas radiactivas debe ser pequeño en comparación con los efectos genéticos de la irradiación natural. El doctor W. F. LIBBY, de la Comisión de Energía Atómica de los Estados Unidos, hace esta comparación: «En ciertos países del mundo es posible que una casa de ladrillos tenga el suficiente material natural radiactivo en las paredes para aportar un máximo de 40 milésimos de un röntgen de más exposición por año que una casa de madera. Una casa de bloques de cemento da cerca de 100 milésimos de un röntgen más al año. Estas dosis varían entre ocho y cien veces la dosis producida por las radiaciones de las pruebas nucleares.»

Para ponerlo en una forma más concisa, desde el punto de vista genético, la dosis de treinta años recibida en las gónadas por una persona común en los Estados Unidos de América, se cree proviene: *a*) de irradiación natural —cerca de 4'3 röntgens—; *b*) de los rayos X y fluoroscopia —alrededor de 3 röntgens—; *c*) de las pruebas de armas nucleares. Si éstas continúan en un nivel similar al de los últimos cinco años, darían una dosis de *solamente* 0'1 de un röntgen. Si las pruebas nucleares continuaran en una proporción igual a los dos años más activos, la posible exposición de treinta años sería solamente alrededor de 0'2 ó 2 décimas de un röntgen.

No hay que sorprenderse entonces porque el Consejo Médico Británico de Investigación hiciera esta declaración, en su informe sobre los peligros de la radiación nuclear: «Los actuales y posibles peligros por la radiación externa de las sustancias radiactivas producidas por las explosiones de las pruebas de armas nucleares realizadas en el nivel actual y en la proporción actual de los diferentes tipos, son *insignificantes*...»

A pesar de esta conclusión científica y otras declaraciones similares de la Comisión Nacional de Investigación de la Academia Nacional de Ciencias —grupo independiente no gubernamental compuesto de distinguidos científicos americanos—, ha continuado la aprensión pública mundial sobre la continuación de las pruebas nucleares. Este temor ha sido parcialmente causado porque la palabra «estroncio-90» ha sido introducida en el vocabulario del público y ha sido más usada para *asustar* a la gente que para *ilustrarla*. Se sabe que una excesiva dosis de estroncio radiactivo puede causar cáncer de los huesos y leucemia en los animales. Se debe agregar que los resultados dañinos en los seres humanos *podrían* derivarse de la radiactividad de las pruebas, si la cantidad de estroncio descendiente fuera elevada. Sin embargo, los datos científicos demuestran que las poblaciones están expuestas a radiaciones naturales en una forma mucho mayor que las dosis de las partículas radiactivas. Por ejemplo, la dosis del estroncio-90 en los huesos nuevos (new bone) de los niños es en la actualidad más o menos la misma que la dosis adicional que recibiría de los rayos cósmicos una persona que reside al nivel del mar y que se traslada desde una playa a la cima de un cerro de unos cientos de pies de altura. En realidad, no existen datos científicos para probar que las personas pueden aumentar la frecuencia del cáncer de los huesos o la leucemia al trasladarse a una altitud mucho más elevada o a una superficie granítica donde la proporción de uranio es mucho más alta que en una región sedimentaria.

El asunto del estroncio debe explicarse de otra manera. En los Estados Unidos la cantidad de estroncio-90 permitida para los trabajadores en la energía atómica es cerca de dos mil veces la actual cantidad de estroncio-90 en los huesos nuevos (new bone) resultante de las substancias radiactivas dentro del país. El límite permisible recomendado para toda la población es una décima del límite para los trabajadores en la energía atómica. En esta forma encontramos que la presente proporción del estroncio para los huesos nuevos (new bone) de los niños americanos es un poco menos del 1 por ciento de la concentración máxima que se permite para toda la población. Se debe recordar que las concentraciones de estroncio-90

en los Estados Unidos son generalmente más elevadas que en el resto del mundo.

De esta forma, deduciendo de todos los cálculos científicos exactos, si las pruebas nucleares en todo el mundo continúan en la proporción actual, o en el mismo número que en los años recientes, desde el comienzo de ellas, la dosis de radiación dentro de treinta años sería alrededor de una décima de röntgen. Esto está en conformidad con las conclusiones obtenidas por la Academia Nacional de Ciencias, la Comisión de Energía Atómica de los Estados Unidos y las investigaciones especiales del Congreso de los Estados Unidos. Aunque las armas nucleares fueran proseguidas en una proporción más elevada que los tres o cuatro últimos años, la dosis de radiación dentro de treinta años no sería más de dos veces la décima de röntgen. Incluso esta cantidad sería insignificante en cuanto a los efectos biológicos resultantes de las partículas radiactivas que pueden determinarse hasta el momento.

Los Gobiernos que realizan pruebas de inventos nucleares *deben* tomar las debidas precauciones, aun cuando a través de información disponible de las pruebas actuales, se presume que *están* tomando las precauciones necesarias. Las pruebas de menor magnitud y el desarrollo de armas «puras» son evidencia de la prudencia y conciencia de los Estados Unidos de América.

Mientras tanto, el conocimiento ganado de las nuevas pruebas será, en su debido tiempo, de enorme beneficio para la Humanidad, especialmente en campos como la medicina, minería, química, energía generadora y agricultura.

Muchos de aquellos que apoyan la prohibición de futuras pruebas nucleares no están mayormente interesados en el aspecto científico del problema, el cual es biológicamente perjudicial, sea que provenga de sustancias radiactivas de pruebas presentes o pasadas, o de pruebas futuras a un grado igual al que hemos tenido hasta ahora. Ellos más bien están interesados en promover la prohibición por razones políticas, sociales, económicas, religiosas, diplomáticas o militares. Uno debe *considerar cuidadosamente* la fuente de mucha información de este tipo y decidir si ésta es o no verdadera, o si es propaganda. Por cierto que toda persona que demanda una interrupción de las pruebas nucleares no tiene un motivo ulterior; no obstante, muchos lo tienen, y en sus recomendaciones de acción sobre las pruebas nucleares sería atinado considerar sus objeciones científicas junto con sus motivos fundamentales. Frecuentemente se denota de inmediato que el razonamiento puramente científico, o bien falta o es secundario de verdaderos fines de propaganda.

Ningún científico o médico amante de la libertad abogaría por las pruebas sin discriminación de inventos atómicos, especialmente de armas termonucleares; pero tampoco secundaría una interrupción de pruebas razonablemente controladas que a la larga puedan beneficiar a toda la Humanidad, aun cuando pudiera existir cierta magnitud desconocida de peligro. No hay evidencia a mano para desestimar la creencia de que las naciones del mundo libre están procediendo con toda la cautela posible en sus pruebas nucleares y que el perfeccionamiento nuclear está procurando que el mundo esté más *a salvo* de agresiones y sea un lugar más apetecible para vivir.

RESUMEN

Se analizan los peligros que las pruebas y radiaciones nucleares pueden ofrecer para la seguridad personal, en la actualidad y para el futuro. El autor insiste en que con la experimentación controlada, estos riesgos son relativamente pequeños y que sus efectos perniciosos han sido exageradamente abultados con vistas a fines de propaganda.

(De *World Medical Journal*, vol. VI, n.º 1. Philadelphia, 1959.)

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 398 TOMO LXVII
MAYO 1959

LIBROS

AUTORES NACIONALES

LA TUBERCULOSIS ES TODAVÍA UN PROBLEMA, *por* C. XALABARDER, M. GONZÁLEZ RIVAS, A. CASTELLÁ ESCABRÓS, I. BLATJOT, J. M. VILARDELL, J. CORNUDELLA y A. CARALPS. *Colección de Monografías Médicas. Un vol. (14 por 20'5 cm.) de 179 páginas; rústica. Precio: 50 pesetas. Queromón Edit., S. A., Calabria, 66 al 76, Barcelona. 1959.*

LA tuberculosis —dice el profesor Xalabarder— es todavía un problema, y de esta enfermedad, todavía ni con mucho está dicha la última palabra. La lectura de este librito es interesantísima. Nos recuerda amenamente el doctor Xalabarder lo fundamental de la bacteriología, saliendo al paso de muchas opiniones equivocadas hoy día acerca de la ciclogenia bacilar, con sus aportaciones y hechos por él demostrados acerca de la vida del bacilo de Koch.

En la página 16 debe decir: «en los que no se hallan», en lugar de lo escrito, pues si no resulta erróneo para el que leyere. Lo que dice respecto a la desaparición de los bacilos de Koch en la aspiración endocavitaria sería más exacto si se refiriera al hecho conocido de la modificación del ph cavitario, tan interesante para la desaparición de los bacilos de la secreción cavitaria.

Todos los puntos de este primer capítulo satisface leerlos, en verdad. El segundo capítulo, de problemas biológicos y sociales en cuanto a elogios del mismo y de cuanto dice, repetimos lo dicho del anterior. El citado especialista, en las primeras cincuenta páginas, expone magistralmente los problemas tan importantes de la actualidad tisiológica. Los capítulos tercero y cuarto, sobre patogenia de la enfermedad y los problemas broncológicos que la enfermedad ocasiona, vienen expuestos ampliamente por los médicos González y Castellá. El ilustre radiólogo Blatjot expone magistralmente, en el capítulo quinto, el problema actual de las manifestaciones radio ógicas para interpretar una afectación ganglio-bronquial, y nos explica el síndrome del lóbulo medio. Vilardell trata de la tuberculosis ósteoarticular, y Cornudella da ciertos aspectos clínicos de la tuberculosis pulmonar, con historias clínicas interesantes. Finalmente, Caralps, que con Xalabarder inició hace años la cirugía torácica, expone cómo se encuentra actualmente la cirugía de la tuberculosis, por comparación con lo que se hacía escasamente hace veinte años. Nos dice, por ejemplo, que con tratamiento médico las recaídas son del orden del 7 por ciento, y con el quirúrgico, del 5. Que la colapsoterapia quirúrgica deja un 30 por ciento de incapacitados en la función pulmonar, y un 60 por ciento, a la larga, de incapacitados cardíacos.

El libro que comentamos tendrá, sin lugar a dudas, una gran aceptación, no sólo entre los especialistas, sino entre los internistas y el médico general. Su edición es muy correcta, y los gráficos, perfectamente reproducidos.—SAMITIER.

AUTORES EXTRANJEROS

PROBLEMAS ACTUALES DE LA PSIQUIATRÍA, *por los doctores* WERNER SCHÖLLGEN y HERMANN DOBBELSTEIN. *Un vol. (14'4 por 22'2 cm.) de 340 páginas; rústica. Precio: 150 pesetas. Editorial Herder, Barcelona. Año 1959.*

LA literatura, el periodismo, el teatro y el cine han mostrado en nuestra época una marcada preferencia por los neuróticos y psicópatas, a menudo con deficientísima base científica, lo que ha producido en un sector de público poco preparado cierta desorientación y desconfianza, imputables al afán especulativo con que dichos temas han sido tratados por sus autores. Sin embargo, la creciente importancia de la Medicina psicosomática y el prestigio de que gozan algu-

nas de sus más destacadas figuras, hacen que el interés por esta especialidad se extienda a amplios núcleos de lectores.

«Problemas actuales de psiquiatría» es una obra de las que se distinguen por la solidez de su exposición científica. El doctor Werner Schöllgen, de la Universidad de Bonn, y el doctor Hermann Dobbelstein, con un equipo de competentes especialistas, ofrecen al lector una clara visión de los problemas y de la práctica de la psiquiatría. El suicidio, la toxicomanía, la delincuencia infantil, son estudiados con particular interés. La exposición de los diferentes problemas con que se enfrenta la moderna psiquiatría viene apoyada en consideraciones fundamentales. Así, los resultados científicos de la psiquiatría quedan incorporados dentro de una amplia antropología, y precisamente de una antropología cristiana que considera en todo momento al ser humano como un todo indivisible.

Los trastornos ocasionados por dos guerras mundiales han dejado tras sí una larga serie de destinos anormales y frustrados. Incluso el progreso de la técnica, todavía no suficientemente controlado hoy en día, es capaz de destruir en innumerables casos el equilibrio psíquico. No es de extrañar que acudan al médico, al educador y al sacerdote un número cada día mayor de personas psiquicamente enfermas; cada uno de ellos puede encontrar en esta obra sugestiones y consejos inapreciables para el eficaz ejercicio de su misión. Algunos capítulos de la obra dan idea de su amplitud: «Estudio de diversos problemas a la luz de una ontología de la Medicina», «Curanderismo», «El enfermo mental en la perspectiva de los otros hombres y de su época», «Lo anormal en el mundo entiguo: ¿enfermo o instrumento de la divinidad?», «Pecado y enfermedad», «El niño y el adolescente ante la justicia», «Suicidio», «El sacerdote en las clínicas mentales».

Un índice facilita la localización de los temas tratados, y una «terminología médica» colocada al final de la obra facilita al profano el significado de los tecnicismos usados.—A.

TRATADO DE TÉCNICA OPERATORIA, GENERAL Y ESPECIAL, *iniciado por el profesor* M. KIRSCHNER. *2.ª edición, publicada por* N. GULEKE *y* R. ZENKER. *Tomo II.* OPERACIONES EN EL CRÁNEO Y CEREBRO, RAQUIS Y MEDULA. *Un volumen (17 por 25 cm.) de 604 páginas, con 372 ilustraciones en negro y color; encuadernación en tela. Editorial Labor, S. A. Barcelona - Madrid, 1958.*

DESDE el año 1936, en que apareció por vez primera, constituyendo un éxito editorial, el interesante y completísimo *Tratado de técnica operatoria*, del profesor Martín Kirschner, ya fallecido, hasta hoy, ha transcurrido un amplio período de tiempo, en el cual el desarrollo e impulsos de la cirugía de los centros nerviosos con su multiplicidad de nuevas orientaciones, datos y técnicas, ha dado lugar al nacimiento de una nueva rama de la especialización quirúrgica: la Neurocirugía, que, a pesar de ser una de las más jóvenes, ha adquirido sólido y merecido prestigio.

El amplio campo de la traumatología craneal, la operatoria creciente de los tumores cerebrales, las intervenciones para el tratamiento de la hidrocefalia, las operaciones sobre el trigémino y facial, las que se practican sobre la medula y cuerpos vertebrales, las cordotomías, etc., por no citar sino las más conocidas, revelan claramente el amplio campo y las perspectivas crecientes que hoy día se abren a la neurocirugía y a sus cultivadores.

Por eso, este notable volumen que hoy se ofrece al médico, magníficamente presentado, con un verdadero alarde en sus ilustraciones, realizadas muchas de ellas en colores, y refundido por la sólida dirección del profesor Nicolai Guleke, director de la Clínica Quirúrgica de la Universidad de Jena, merece ser acogido por la mayor estimación, pues todo cirujano sabe perfectamente cómo instruye y aprovecha el analizar y ver la obra de otros operadores experimentados que le facilitan y le orientan en las ásperas tareas de su práctica.

La versión española del doctor Lesmes Zabal está perfectamente conseguida y es un aliciente más al valor y prestancia del libro. RICARDO HORNO LIRIA.

TÉCNICA TERAPÉUTICA DE TODAS LAS ESPECIALIDADES, *por el profesor* KARL HANSEN *y el doctor* KURT BLOCH. *Un volumen (17'5 por 24'5 cm.) de 968 páginas, con 571 figuras; encuadernación en tela. Precio: 895 pesetas. Editorial Alhambra, S. A., Claudio Coello, 76, Madrid.*

COMO el título alude, el objeto de este libro no es hacer un estudio científico detallado de medicina interna y cirugía general y cada una de las especialidades en particular, cosa para la cual existen muchos volúmenes escritos de miles de páginas en los terrenos respectivos; sino el conseguir un compendio de técnicas prácticas, tanto terapéuticas como auxiliadoras del diagnóstico. Y realmente consigue a la perfección el fin señalado.

Creo de sumo interés hacer un brevísimo comentario de los capítulos tan conseguidos en que se subdivide al atender a las distintas especialidades. Los nombres de cada uno de los profesores y doctores alemanes, así como es, tienen el suficiente relieve y no es necesario, de ninguno de ellos, hacer presentaciones ni comentarios.

Medicina interna se titulan las ochenta páginas en las cuales los doctores Hans Julius Wolf y Kurt Bloch describen las técnicas especiales de que se auxilia el médico internista, tanto para llegar a un diagnóstico exacto como para la aplicación de medidas terapéuticas especiales. Hacen cuatro subdivisiones: la primera, o parte general, trata de aplicación de terapéuticas en las cuales hace falta una técnica determinada de aplicación y dosificación apropiada; incluye malarioterapia, piroterapia y vacunoterapia, entre otras de tanto interés.

La parte especial está orientada a servir de consulta en los raros casos en que el médico internista tiene que actuar, con técnicas prácticas en hematología; incluye transfusión, sangría, inyecciones e infusiones en general. Tiene esta parte como curioso, al describir y sentar las indicaciones de aplicación de ventosas, implantación de sanguijuelas, de bloqueo del seno carotídeo, punción esternal e inyecciones intrailíacas, de no omitir un completo divorcio de las antiguas terapéuticas con las más avanzadas y modernas, y sí describir todo lo bueno de aplicación actual.

En la tercera parte trata del tórax. Describe en ella, entre otras técnicas de gran interés, pleurocentesis y neumotórax.

Y la última la dedica a abdomen. Incluye técnica e indicaciones del neumoperitoneo, cateterismo yeyunal y duodenal, y paracentesis abdominal.

El capítulo titulado *Dietética* ha sido tratado por el profesor F. Dittmar Höxter-Weser, de la clínica de Weserberglaud (en sesenta y siete páginas). No pretende en él hacerlo extensivo al estudio de la aplicación en grandes masas —deportistas, ejércitos, etc.—, constituyendo, sin embargo, un trabajo acabadísimo, referente a la dietética aplicada al enfermo, tratando de cada régimen alimenticio por separado, orientado a las distintas enfermedades de cada órgano. Se preocupa también incluso de los regímenes por vías artificiales. Es un excelente y acabado complemento de los capítulos de Medicina interna y Cirugía general, sirviendo en todo momento para ser consultado por los más exigentes.

En el tercer capítulo, el doctor F. Laudenthal y el doctor W. Steinbreches tratan (en cincuenta y nueve páginas) desde la simple punción lumbar y cisternal, pasando por todos los bloqueos ganglionares, hasta incluir los tratamientos convulsoterápicos y medicamentosos (reserpina, antabus, etc.) de las técnicas de más actualidad en neuropsiquiatría. Lo titulan *Neurología.*

Capítulo titulado *Cirugía.* En ciento treinta y cinco páginas, lógico es comprender que no es posible, en manera alguna, hacer una descripción completa de prácticas quirúrgicas. Remé tampoco lo pretende, ya que hace una descripción de generalidades en cuanto a anestesia, preparación de quirófano, instrumental, enfermedades y complicaciones quirúrgicas; y el resto lo dedica a describir algunas técnicas fundamentales de cirugía de urgencia.

Urología se titulan veintiséis páginas del profesor doctor C. E. Alken, que resultan de sumo interés para médicos rurales y para los titulados auxiliares en Medicina. No pasa, aunque llega, a descripciones de vejiga para arriba. Para los exigenes en terminología, por este hecho, quizá le discutieran el título. Sin embargo, comprendiendo el fin eminentemente práctico de este libro, fácil resulta explicar el que Alken no haya profundizado más.

En el titulado *Ginecología*, el profesor doctor H. F. Ziuser sigue el mismo criterio que el anterior y describe las técnicas que están dentro de las posibilidades del médico rural, ya que en la ciudad, actualmente, ningún internista se introduce en el campo de especialidad tan concreta; sirve, pues, en todo momento a éstos como manual de consulta y quizá un poco para el cirujano general. Describe: legrado uterino, toma de biopsias e implantación de pesarios.

A continuación, Ziuser describe un capítulo de *Obstetricia*, en el cual atiende a los estados urgentes, con sus técnicas de tratamiento.

Pediatría, en sesenta y siete páginas, por el doctor J. Jochims, de Lübeck; habla de la dietética general a llevar según las edades en la infancia, dedicando un espacio especial al prematuro y sus cuidados. La dietética la atiende también con respecto a afecciones de la infancia. Habla de los cuidados propios en las distintas edades, y de las maniobras especiales que por ellas hacen falta en ciertos tratamientos (punción del seno, exanguinotransfusión y punción lumbar).

El capítudo doce está dedicado, con el título de *Ortopedia*, a dar al médico general unas instrucciones generales para poder colaborar con el especialista; lo firma el profesor doctor W. Tomsen.

Amasamiento y gimnasia médica, por el profesor doctor W. Kohlrausch Freudenstadt. Hace una descripción de los distintos métodos de tisioterapia, incluyendo amasamiento, rozamientos, malasacia, gimnasia, etc. Cita y razona el número de afecciones en que estos métodos están recomendados.

Quiropráctica, por el profesor doctor Zuksch Werdt. Ante todo, nos creemos obligados y consideramos de cierto interés dar una definición al título de este capítulo, que pretende identificarse con una rama de la Medi-

cina. Quiropráctica, según nuestra concepción, es el conjunto de ciertas maniobras que pretenden la curación de los síndromes neurológicos subsiguientes a bloqueos articulares producidos por subluxaciones de las mismas.

Creemos, en primer lugar, que en la actualidad no hay descripción alguna que conceda en Medicina la acepción adecuada a la palabra subluxación; en una palabra, no creemos en la existencia de subluxaciones. Asimismo nos parece excesivo el afán de especialización tan sistematizada y localizada. Creemos, sin embargo, que es de sumo interés, como método auxiliar del traumatólogo y ortopédico, pero sin pretender dar explicaciones científicas y etiológicas de estas prácticas.

Oftalmología, por el Prof. doctor R. Zints, de Friburgo. Se da el máximo resalte al diagnóstico, tratando también los accidentes y traumatismos oculares y los tratamientos de urgencia.

Constituye un capíulo de sumo interés para el médico rural e incluso para el general el capítulo de *Otorrinolaringología*, en el cual el director de la Clínica Charité, de Berlín, A. Schulz Van Treek, hace una descripción elemental, pero completa, de las técnicas de mayor interés empleadas en Otorrinolaringología: paracentesis timpánica, amigdalectomías, extirpación de pólipos y traqueotomías.

Odontología, por el profesor Max Spreng. Sirve excelentemente como orientador e iniciador del recién acabado en Medicina hacia esta especialidad, sirviendo también de consultor en los pueblos.

En *Enfermedades cutáneas y sexuales*, el profesor doctor W. Lerpold, de Tübek, consigue una descripción bastante acabada sobre los principales métodos prácticos de las terapéuticas especiales en *Dermatología*. Tiene especial interés la parte de *Sifilografía*.

Y se termina el libro con un apartado completísimo sobre *Terapéutica física*, subdividido en cinco capítulos: *Hidroterapia*, por el doctor H. G. Schöltz; *Balneoterapia*, por el profesor doctor Hans von Brambchreus, de la Universidad de Munich; *Fototerapia y tratamiento con las ondas cortas y ultrasonoras*, por el mismo doctor que trata el capítulo de Hidroterapia; *Electroterapia*, por el profesor doctor E. Güntz, y *Röntgenoterapia*, por el profesor doctor K. Hansen y por el doctor H. Uthgenannt. Estos capítulos están orientados para servir en todo momento de consultores rápidos y de orientadores para el médico y cirujano general.

En resumen, un libro completísimo y verdaderamente oportuno, muy necesario en España, tanto por la obligación ante la que fatalmente se encuentra el médico actual de no poderse conformar con sacar su título de licenciado e incluso de doctor y estar obligado a lanzarse en la tarea de unas oposiciones. Y lo es también por la orientación actual de nuestras Universidades, en las cuales el estudiante sale con un conocimiento supercompleto de todos los cientificismos y teorías médicas, pero con una pobreza de todos los métodos prácticos aplicados a la Medicina para proceder a un buen diagnóstico y a un buen tratamiento, cosas ambas que, lejos de servirnos de elementos auxiliares, son la Medicina en sí; porque, ¿de qué nos sirve saber síntomas; de qué nos sirve saber fármacos y dosis, si luego no podemos llegar a un diagnóstico o aplicar una terapéutica? — RAMÓN CELMA DELGADO.

SENESCENCIA Y SENILIDAD, *por el doctor* F. BOURLIÈRE. *Un vol. (15'5 por 24 cm.) de 110 páginas; rústica. Precio: 1.500 francos. Gaston Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeón, París, 1958.*

ESTA interesante monografía, que forma parte de la prestigiosa «Bibliothèque de Thérapeutique Médicale» («B. T. M.»), dirigida por el profesor R. Turpin, constituye, sin duda, un gran acierto, dada la gran actualidad de que gozan en nuestros tiempos todos los temas geriátricos.

El trabajo que comentamos constituye un acabado estudio fisiológico del proceso del envejecimiento del organismo humano, analizando cuantos factores intervienen en él y señalando, órgano por órgano y aparato por aparato, cuáles son las huellas indelebles que en cada uno va dejando el transcurso del tiempo. Y dichas huellas no solamente se refieren al aspecto anatómico, sino también al funcional.

En la imposibilidad de glosar todas las facetas del envejecimiento, señaladas por el doctor Bourlière, nos bastará decir que no omite nada de lo que se refiere a esta fisiológica y lenta evolución del ser humano a través de los años, aportando datos de reciente adquisición, como, por ejemplo, los referentes a la disminución de actividad enzimática, de respiración tisular, del metabolismo nitrogenado, de secreción de andrógenos y de estrógenos, de reacción al ACTH, de resistencia a la fatiga física e intelectual, etcétera.

En su última parte, el libro está dedicado a la higiene del viejo, así como al tratamiento más adecuados de aquellos ancianos en los que se han marcado con mayor intensidad los estigmas de la senilidad.

Una amplia nota bibliográfica enriquece el valor científico de este notable trabajo, cuyo enjundioso contenido tiende a realizar el viejo ideal de dar «más años a la vida y más vida a los años», en una época en que los progresos de la Medicina han ampliado tan notablemente el promedio de la longevidad humana.—REY ARDID.

ETIOLOGÍA Y SISTEMÁTICA DE LAS HEPATITIS VIRÁSICAS, *por el doctor* ALVISE BERENGO. *Un vol. (17 por 24'5 cm.) de 234 páginas, con 10 figuras y 32 cuadros; rústica. Precio: 2.500 liras. Edizioni "Omnia Medica", Vía S. Michele degli Scalzi, n.º 59, Pisa (Italia), 1959.*

LA presente obra del doctor Berengo constituye un útil instrumento de trabajo para el investigador y el estudioso interesado en el problema de las hepatitis virásicas.

El autor engloba en este grupo todas las afecciones inflamatorias del hígado producidas por virus independientemente del carácter pantotropo o exclusivamente hepatotropo del agente causal, o de la posición zoológica del huésped.

No se trata de un estudio clínico, sino de una notable revisión sobre el problema de la diferenciación etiológica de las hepatitis virásicas, en el que se estudian ampliamente las características de cultivo, antigénicas, virulencia y modo de transmisión de las diversas razas de virus.

El autor se plantea el problema de la diferenciación de los virus A y B, causantes de las hepatitis epidémica y de inoculación, respectivamente, diferenciación que no está totalmente conseguida, creyendo que el virus B procede de una mutación espontánea del A.

Estudia también otros tipos de virus, como el causante de la fiebre amarilla del Valle del Rif, o el de la ictericia del Africa ecuatorial francesa.

En la segunda parte, muy interesante para el investigador, revisa los distintos tipos de hepatitis virásicas que se dan en los animales domésticos y en los de experimentación, diferenciando los agentes responsables. Esto tiene la importancia de permitir diferenciar una hepatitis espontánea de una debida a la inoculación en el laboratorio del material objeto de estudio.

Para terminar su interesante monografía, realiza una comparación entre las características de los virus productores de las hepatitis humanas y de los animales. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

LOS TRAUMATISMOS DEL TÓRAX, *por* JEAN CHARLES SOURNIA. *Un volumen de 348 páginas, con 89 figuras, 8 cuadros esquemáticos y 9 fotograbados. Gastón Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeón, París. 1958.*

EL autor es profesor agregado de la Facultad de Medicina de Lyón y de la Facultad de Medicina francesa de Beyruth. Viene la obra con un prefacio del profesor Santy, y en otros capítulos agradece también al célebre anatomopatólogo lionés Galy su cooperación documental al tratado. He aquí las cinco partes en que está dividido:

Primera parte, subdividida en cinco capítulos, en los que se estudia: Anatomía y fisiología quirúrgicas, la anoxia del traumatizado de tórax, terapéutica manual y reeducación respiratoria.

Segunda parte, subdividida en siete capítulos, a su vez tratando de contusiones benignas torácicas, fracturas de las costillas, lesiones del esqueleto anterior, hemotórax traumático, pneumotórax y enfisema traumáticos, lesiones viscerales profundas en los traumatismos cerrados de tórax, y lesiones secundarias a la explosión, en el traumatizado torácico.

La tercera parte considera tres capítulos: De las lesiones pulmonares por inhalación accidental, quemaduras y congelaciones del pulmón, y quemaduras químicas del esófago.

La cuarta parte estudia a su vez, en siete capítulos: Heridas no penetrantes; heridas pleuropulmonares y toracoabdominales; heridas del corazón y pericardio; las del mediastino; las perforantes de tráquea y bronquios, y las heridas perforantes del esófago torácico.

La quinta parte de este moderno libro estudia a su vez, en cinco capítulos: Secuelas pleuroparietales, pulmonares, cardiopericárdicas, mediastínicas, y secuelas diafragmáticas, con sus hernias y eventraciones.

Nos dice este autor que el tratamiento de los traumatismos del tórax reposa sobre nociones teóricas y sobre medidas terapéuticas relativamente simples, pero basadas en la perseverancia, tanto del médico como del herido. Es menester en un principio —resume el autor—, salvarle la vida al traumatizado y rápidamente formarle una arquitectura torácica al par que un juego pulmonar normal. El tiempo perdido será difícil recuperarlo más tarde cuando se haya establecido una paquipleuritis y el diafragma esté fijo, consolidada también la pared torácica en una mala posición. Cuando, para la segunda o tercera semana, el traumatizado esté bien, será la ocasión de aprovechar el tiempo para reparar un bronquio fracturado, reconstruir el diafragma, quitar un cuerpo extraño amenazante para la vida del traumatizado, aun en contra de las prisas del herido, que quiere abandonar el hospital para ir a su casa, puesto que mejor es suturar el diafragma ahora que en el mañana resecar un colon estrangulado en una hernia diafragmática incorrectamente tratada.

La expectativa de antaño ante las heridas torácicas ha perdido hoy valor, y las guerras

del 39, de Indochina y Corea, han visto disminuir considerablemente la mortalidad abrumadora de antaño de los heridos torácicos merced al transporte rápido de estos heridos hacia las formaciones quirúrgicas plenas de los tratamientos y técnicas nuevas de actuación en el herido de tórax. Hoy día, la gran industria y los accidentes de la circulación rodada han aumentado considerablemente estos heridos, y de aquí el interés extraordinario de este libro. De cada veinte accidentados de la circulación rodada en Francia, uno falleció, y de los 20.000 que sufrieron un traumatismo de tórax, cerca de 1.500 fallecieron.

Editado este libro por la casa Doin, con la clásica elegancia de los libros franceses, encontrará, indudablemente, entre cirujanos y traumatólogos, lo mismo que entre los médicos de las empresas y de la industria, una gran aceptación por su gran utilidad y modernidad, puesto que el libro ya indica que se trata de una terapéutica práctica a la vez que de la prevención de las secuelas del traumatismo. De aquí también su importancia social, para la actual Medicina de urgencia. SAMITIER.

JOURNÉES THÉRAPEUTIQUES DE PARÍS. *Un volumen (15'5 por 24 cm.) de 334 páginas; rústica. Precio: 3.400 francos. G. Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeón, París. 1958.*

LAS ya clásicas «Reuniones Terapéuticas de París», que vienen celebrándose hace lustros, lo hicieron, una vez más, durante el mes de octubre del año 1958, acogiendo en sus sesiones a una pléyade de ilustres maestros de la Medicina francesa, que desarrollaron dos ponencias, tituladas: «Sobre el tratamiento preventivo y curativo del alcoholismo» y «Neurolépticos y tranquilizantes». Las comunicaciones íntegras sobre tales temas se recogen en la presente publicación, pulcra y esmeradamente impresa por la famosa editora G. Doin y Compañía, precedidas de un prefacio del profesor Loeper, justificativo del interés de las cuestiones escogidas.

La parte relativa a los problemas sobre alcoholismo abarcan las páginas 9-178, colaborando con sus aportaciones los doctores Debré, Ledermann, Lambling, Vilote, Bernier, Trémolières, Girffaton, Derobert, Fournier, Mouriquand, Edel, Patay, Driessche, Trebaul, Cormier, Gauthier, Perrin, Lereboullet, Pluvinage y Paumelle. Ilustres maestros que desarrollan a la perfección la temática que enuncian, girando todos sus trabajos sobre peligros del alcoholismo, trastornos que originan sobre los órganos, sistemas, metabolismo y valorando los métodos y técnicas para evitarlos.

La parte segunda (páginas 181-327) está dedicada al estudio de los neurolépticos y tranquilizantes, donde los doctores Delay, Hazard, Boissier, Dumont, Barré, Desmarez, Zaimis, Mascherpa, Coirault, Damasio, Bijlsma, Ernst, Deniker, Dixon, Dickel y Stoner, en diferentes artículos, desarrollan la clasificación, experimentación, tropismo, excitabilidad neuromuscular, elementos que generan y liberan, indicaciones y pautas a administrar sobre los diversos tipos de compuestos que se expenden en las farmacias.

Obra maestra por muchos conceptos, sólo cabe elogiarla, debiéndose al laudable esfuerzo de los editores el que se pueda reunir en un volumen tan interesantes y aleccionadores estudios, que de otra forma se desperdigarían por revistas y publicaciones, lográndose así conservar, además de la unidad expositiva, el fácil manejo a modo monográfico y complementario de tan interesantes temas por su aplicación práctica.—LUIS DEL CAMPO.

ATTI E RELAZIONI DELL'ACADEMIA PUGLIESE DELLE SCIENZE. *Vol. XV, parte II. Un volumen de 865 páginas. Industrie Tipografica Ved. Trizio. Bari, 1958.*

SE recoge en este en este volumen —de más de ochocientas páginas de excelente papel, con magníficas fotografías— la totalidad de las comunicaciones científicas presentadas durante el año 1957 a la Ccademia de Ciencias de Bari. Pasan de sesenta los trabajos aquí recogidos, y la variedad de temas tratados nos impide recoger su contenido, destacando únicamente el interés de la mayoría de ellos, que abarcan aspectos tan variados como una serie de estudios sobre el diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia frente a otros sobre el tratamiento del cáncer de colon o de las vías biliares.

Queremos decir con esto que no se trata de comunicaciones polarizadas en un tema, sino que por su variedad abarcan casi todos los aspectos de la Medicina, como en realidad corresponde a la actividad de una Academia como la de Bari, que a lo largo de la serie de años en que va publicando las comunicaciones presentadas, se muestra abierta a todo lo que signifique trabajo de investigación.

Algunos de los trabajos presentados sobresalen por su interés, y nos ocuparemos de ellos separadamente, para comentar su contenido. Pero quede aquí nuestro elogio para el conjunto de la labor presentada.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 398 - TOMO LXVII
MAYO 1959

REVISTAS

NACIONALES

APARATO CIRCULATORIO

MORATO PORTELL, J. M. — «EL EMPLEO DE LA LOBELINA COMO MÉTODO OBJETIVO PARA LA DETERMINACIÓN DE LA VELOCIDAD CIRCULATORIA.» «*Arch. Esp. Med. Int.*», *4-1-40. 1958.*

LA determinación de la velocidad circulatoria se suele llevar a cabo mediante métodos subjetivos que requieren la colaboración del paciente, con lo que se limita mucho su utilidad.

El autor ha comprobado que la inyección intravenosa de lobelina puede utilizarse para medir la velocidad circulatoria de manera objetiva. La inyección provoca, por estímulo del seno carotídeo y a partir de aquel por vía refleja, un brusco golpe de tos. El tiempo que media entre la inyección y la aparición de la tos, permite medir la velocidad circulatoria brazo seno carotídeo a través de la circulación pulmonar.

El procedimiento es innocuo y de valor muy constante. Solamente en algunos casos la tos dura algunos minutos y resulta molesta, estando contraindicada la prueba en los individuos en que se tema la posibilidad de una hemoptisis.

El valor promedio obtenido por el autor en 100 determinaciones en normales es de 9'8 segundos. La dosis a emplear es de 0'8 miligramos por kilo de peso hasta los siete años. En los adultos basta una dosis de 10 miligramos que se inyecta rápidamente. — GUILLÉN MARTÍNEZ.

MEDICINA

FORTEZA BOVER, G.; COLOMER SALA, J., y BÁGUENA CANDELA, R. (Valencia).—«ESTUDIO, MEDIANTE ELECTROFORESIS EN PAPEL, DE LAS PROTEÍNAS, LIPOPROTEÍNAS Y GLICOPROTEÍNAS SÉRICAS EN LAS NEFROPATÍAS.» «*Medicina Española*», *núm. 238, páginas 1-21, enero 1959. Valencia.*

SE hace un estudio, mediante la electroforesis en el papel, de las proteínas, lipoproteínas y glicoproteínas séricas, de veinte casos de nefropatías bríghticas, principalmente infantiles, y se discuten los hallazgos, comparándolos con los de la literatura, haciendo especial hincapié en el valor nosológico, diagnóstico diferencial y pronóstico de los mismos en el síndrome nefrótico.—AUTORRESUMEN.

MOLERES FERRANDIS, R. (Valencia). — «ARTRITIS REUMATOIDE TRATADA CON ESTEROIDES SUPRARRENALES: DETERIORACIÓN COLÁGENA.» «*Medicina Española*», *núm. 238, páginas 49-54, enero 1959. Valencia.*

DURANTE los últimos años se han venido describiendo ciertas alteraciones vasculares en la artritis reumatoide, en cierta proporción de casos estudiados de una manera sistematizada. Parece ser que esta arteritis es más frecuente de lo que se ha supuesto hasta ahora, y aparece con más frecuencia cuando se la busca con más interés. También se han descrito en la artritis reumatoide ciertas alteraciones que parecían vinculadas a otras colagenosis como neuritis periféricas, alteraciones renales, diversas manifestaciones orgánicas y células LE. Durante cierto tiempo ha habido cierta confusión en la delimitación de estas enfermedades entre sí. El hallazgo anatomopatológico de una lesión típica decide el diagnóstico en favor de una colagenosis del grupo poco frecuente. Esta mutación diagnóstica ya se había observado antes de que se usara la cortisona. *Pero parece observarse con más frecuencia desde que se emplean los esteroides suprarrenales en el tratamiento de la artritis reumatoide.*—AUTORRESUMEN.

TATAY ROMERO, J. (Valencia).—«A PROPÓSITO DEL TAN CÓMODO Y FRECUENTE DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS CRÓNICA.» «*Medicina Española*», *núm. 238, pág. 63, enero 1959. Valencia.*

LAS conclusiones a que se llega en esta ponencia, presentada en las sesiones clínicas del Hospital de la Cruz Roja en Valencia, son las siguientes:

1.ª Para diagnosticar una apendicitis crónica necesitamos una historia clínica que hable de un episodio agudo anterior y datos radiológicos que confirmen «de visu» la lesión apendicular.

2.ª La febrícula aislada nunca constituirá un serio motivo para pensar en una apendicitis crónica.

3.ª Otro tanto cabe decir de un síndrome dispéptico irregular.

4.ª Ningún enfermo crónico sospechoso de apendicitis deberá ser intervenido sin la confirmación radiológica.

5.ª El diagnóstico diferencial deberá ser hecho con atención y detenidamente, valorando siempre los síntomas presentes en cada enfermo.—AUTORRESUMEN.

MAS Y MAGRÓ (Alicante).—«INVESTIGACIONES VIROLÓGICAS SOBRE LA ETIOLOGÍA DE LA "ARTRITIS REUMATOIDE CRÓNICA".» *«Galicia Clínica», núm. 1, t. XXXI, págs. 27-31, enero 1959. La Coruña.*

EN la sangre de un enfermo de artritis infecciosa reumatoide, estudiado durante una onda de hipertermia de más de cuatro meses de duración, hemos hallado las clámides virales que describimos en un trabajo anterior, en el que llegamos a la sugerencia de su papel etiológico en la artritis reumatoide infecciosa crónica. Entre las clámides de este caso agudo y las del caso crónico existen idénticos caracteres morfológicos y culturales, siendo de notar su localización en los coágulos o plasmáticos y en los conglomerados de las plaquetas aglutinadas. Se sugiere la posible identidad entre las clámides virales del caso agudo y el crónico, identidad que es perfecta en los cultivos *in vivo* de estos virus.—AUTORRESUMEN.

UROLOGÍA

GAUSA RULL, P. (Barcelona).—«EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DEL RIÑÓN.» *«Medicina Clínica», t. XXXI, núm. 6, págs. 395-403, diciembre 1958. Barcelona.*

EN los quince casos que comentamos en el presente trabajo, llegamos a las siguientes conclusiones:

Respecto a la edad, sexo y localización renal, diremos que la primera corresponde de modo preferente a la comprendida entre los 50 y 75 años. Se observa un predominio de aparición en el sexo femenino, y una localización mucho mayor en el lado derecho que en el izquierdo, concretamente, en el polo inferior.

En cuanto a la anatomía patológica, es el adenocarcinoma de células claras el más frecuente (catorce casos). Consta en la estadística del cuadro número 2, además de un tumor de pelvis renal y un lipoma puro parenquimatoso de rarísima observación.

La radioterapia postoperatoria la consideramos indispensable poco coadyuvante al tratamiento quirúrgico. Caso de hallarnos ante un voluminoso tumor, claramente palpable, puede iniciarse su utilización antes de la intervención. Con ello reduciremos el tumor y nos puede librar de adherencias.

Lo ideal sigue siendo un tratamiento radical precoz y la radioterapia postoperatoriamente.

A pesar de los grandes avances en la exploración radiológica urinaria, incluyendo la aortografía, ni ésta ni la urografía endovenosa han podido desplazar a la pielografía retrógrada o ascendente, la cual, sea sola o acompañada del neumorriñón, nos ha proporcionado siempre el diagnóstico de certeza. AUTORRESUMEN.

CIRUGÍA

DOMÍNGUEZ RODIÑO, E., y DOMÍNGUEZ RODIÑO ADAME, E. (Sevilla).—«HERNIAS DEL HIATO ESOFÁGICO.» *«Revista Esp. de las Enf. del Ap. Digestivo y de la Nutrición», t. XVIII, núm. 2, págs. 233-240, febrero de 1959. Madrid.*

SE comunican veintisiete hernias del hiato. Su frecuencia de presentación en 33.500 historias clínicas de diversos procesos digestivos es del 0'08 por ciento. Desglosadas estas historias en relación con los años en que han sido observadas, vemos que en un período de diez años (1936-1947) aparece en un 0'05 por ciento, y en otro lapso de un nuevo decenio (1947-1958) se ha incrementado hasta un 0'12 por ciento. Todas han aparecido en sujetos de más de 40 años. Predomina el sexo femenino en un 64 por ciento. Los antecedentes familiares sólo se observan en tres ocasiones. Los embarazos aparecen como negativos en un 37 por ciento. La aparición de otras hernias al mismo tiempo, en un 14 por ciento. La obesidad, en un 25 por ciento. No hemos observado ningún dato de interés por parte de los sistemas digestivo, respiratorio, circulatorio y endocrino. Dos veces aparece positivo un traumatismo. Como síntomas clínicos no encontramos ninguno patognomónico. La hemorragia es el signo que más se ha prodigado (55 por ciento), siguiéndole después la disfagia (42 por ciento). En menor cuantía, el dolor, regurgitaciones ácidas y los vómitos. El diagnóstico ha sido siempre radiológico en todas ellas. Puede que un 50 por ciento de estas observaciones hayan sido sospechadas con anterioridad a la exploración radiológica. Tan sólo en dos ocasiones ha existido una auténtica sintomatología negativa. Han sido tratadas médicamente veinticuatro de ellas, y tres han necesitado la intervención quirúrgica, habiéndose logrado con este último un resultado excelente en dos de las mismas.—AUTORRESUMEN.

APARATO DIGESTIVO

DALMÁU CIRIA, M. (Barcelona).—«LA BAUHINITIS EDEMATOSA.» *«Medicina Clínica», t. XXXI, núm. 6, págs. 434-439, diciembre de 1958. Barcelona.*

EN 1953, Debray, Rubens-Duval, Pergola y Rogé, describen una nueva enfermedad con el título de *bauhinitis edematosa.*

La casuística que aparece en la bibliografía mundial de este síndrome es escasísima; pero se indica su importancia por estudiar y atender la fisiología y fisiopatología de la válvula íleocecal, cuya nosotaxia parece de importancia para el porvenir.

Clínicamente no es posible, dados los casos publicados, hablar de diferencias entre sexo, edad y raza en cuanto a frecuencia del síndrome.

En cuanto a la *clínica*, la enfermedad tiene dos maneras de producirse: una *forma solapada*, con aparición de diarreas resistentes a la terapéutica y que cursa con adelgazamiento progresivo del enfermo y empeoramiento de su estado general, acompañadas asimismo de vómitos, y *una forma aguda*, con fiebre, cuadro suboclusivo y que requiere la presencia del cirujano.

El *aspecto radiológico* de esta enfermedad se caracteriza por la *visualización de una imagen en escarapela en el lugar donde había la válvula Bauhin*, cuyos bordes aparecen engrosados con un espesor de 1 a 2 cm. y cuyo perfil normal con aspecto en pico de pato ha sido sustituído por la imagen de tres al revés. Llama la atención de la imagen radiológica su *circunscripción a la región valvular sin afectación del intestino delgado vecino, del ciego y del colon ascendente.*

Anatomopatológicamente se caracteriza por un *edema muy localizado de la válvula*, respetándose, por tanto, el ciego y el intestino delgado. Histológicamente, llama la atención *la intensidad del edema* que afecta a la submucosa glandular e hincha en forma de maza a las vellosidades intestinales, y por la abundancia de leucocitos en este edema, así como la indemnidad histológica de la mucosa del ciego y del intestino.

La enfermedad deberá, pues, diferenciarse de la enfermedad de Crohn, de la tuberculosis íleocecal y de todos aquellos procesos que cursan con afectación de los folículos y de las placas de Peyer y de los ganglios mesentéricos.

Se desconoce por completo la etiopatogenia del proceso que justifica este síndrome, creyéndose en la importancia del factor alérgico y parasitario (caso de la amebiasis).

El tratamiento dependerá de la forma clínica de aparición. Los casos de aparición brusca serán tratados por el cirujano, cuando falle el tratamiento médico, con antiespasmódicos y antiinflamatorios córticotropos.

La *bauhinitis edematosa*, si bien no tiene importancia por la cantidad de casos aparecidos, sí que parece aconsejable tenerla en cuenta, y que los clínicos piensen en ella ante dispepsias de origen oscuro o ante diarreas muy rebeldes a la terapéutica, con afectación del estado general, y los radiólogos exploren de una manera sistemática esta región de la misma forma como se ha venido haciendo con la del antro pilórico. — AUTORRESUMEN.

ESTOMATOLOGÍA

LASTRA MARTÍNEZ, J.—«SEIS MESES DE EXPERIENCIA CON EL AIROTOR.» *«Odontoiatría».*

EL trabajo de este autor es una emisión de experiencias llevadas a cabo, que transmite a los lectores, para sacar conclusiones interesantes en torno a los que son los procedimientos modernos de uso de altas velocidades en los tratamientos dentales.

Puede considerarse «alta velocidad» de las herramientas de uso dental, cuando sobrepasan las 15.000 revoluciones por minuto. A partir de esta medida, la trepidación disminuye considerablemente hasta llegar a no percibirse en velocidades superiores. Hoy, con los aparatos de turbina de aire, o de agua, se puede trabajar a 350.000 revoluciones por minuto.

Pero no es posible eliminar el dolor por este procedimiento, aunque sí reduce el tiempo de trabajo y la trepidación. Es menester emplear el agua atomizada dirigida para enfriar de manera permanente la pieza tratada, la cual también puede doler por la recepción del agua fría.

Dice el autor que este aparato no elimina absolutamente el aparato de uso corriente, ya que éste debe ser usado en los tallados para piezas soportes. El uso de altas velocidades queda exclusivamente reducido al fresado con piedras abrasivas de tipo pequeño, ya que a estas velocidades su corte se hace con la mínima presión de la mano, hasta el punto de que el aumento de presión a más de 50 gramos para el motor.

Resumiendo, dice: «El airotor reduce el tiempo de trabajo y elimina las vibraciones, pero no el dolor ni a la antigua máquina lenta. Quien espere lo contrario, sufrirá una decepción.» — CITOLER SESÉ.

NADAL VALLDURA, A. — «ANTIBIÓTICOS EN ENDODONCIA.» *«Revista Española de Estomatología», Barcelona.*

UN minucioso trabajo de alto valor didáctico y experimental nos transmite el au-

tor, explicando el uso de los antibióticos, tanto *in situ* como parenteralmente, en los tratamientos endodóncicos. Después del empleo de una minuciosa técnica de tratamiento mecánico, propugna el uso de antibióticos de amplio espectro (pomada de aureomicina al 3 por ciento; pasta de terramicina) para rellenos radiculares de forma detenida, con «material no reabsorbible, no volátil e insensible a la humedad», según sus frases.

Resume su interesante trabajo diciendo que son una contraindicación peculiar los estados alérgicos ante la penicilina, la que, en estos casos, debe ser sustituída por el cloranfenicol; que todo tratamiento endodóncico debe efectuarse bajo protección antibiótica parenteral; que no debe confiarse todo al medicamento, sino que, como factor primordial, debe considerarse el tratamiento mecánico por medio de excavadores, ensanchadores, etc.; que los controles bacteriológicos son indispensables; que puede haber un porcentaje reducido de fracasos; que deben añadirse fungicidas a las mezclas poliantibióticas; que usando antibióticos, si el tercer cultivo es positivo, debe revisarse el tratamiento o proceder a la apiceptomía, y que en endodoncia la medicación clásica y los tratamientos por antibióticos son dos procedimientos que se complementan.—CITOLER SESÉ.

EXTRANJERAS

APARATO DIGESTIVO

DEMOLE, M.—«INDICACIONES Y ELEMENTOS DE TRATAMIENTO MÉDICO DE UNA GRAN HEMORRAGIA GÁSTRICA.» *(Indications et éléments du traitement médical d'une grande hémorragie gastrique.) «Strasbourg Médical», t. VI, núm. 6, junio 1955. Estrasburgo.*

LA decisión entre tratamiento médico o quirúrgico frente a una gastrorragia pone en juego el juicio clínico del médico, que deberá elegir entre los riesgos de una expectativa a menudo fatal y el peligro de una operación que puede ser inútil.

Aunque el absolutismo sea un error en Medicina, algunos principios generales pueden, sin embargo, servir de guía al práctico, y en tal sentido considera que no debe operarse de comienzo en los siguientes casos:

a) Gastrorragias de causa ignorada (casi el 40 por ciento de los casos, al ingresar en el hospital). En tales situaciones, frente a la norma clásica de demorar la exploración radiológica de estómago diez a veinte días después de cesada la hemorragia, el autor se adhiere al criterio de Hampton realizando la radioscopia precoz, en plena hemorragia, con la precaución de evitar la compresión con la cuchara.

b) Gastrorragias que daten de más de cuarenta y ocho horas.

Por el contrario, es partidario de la intervención precoz en:

a) Hemorragias profusas que requieran reiteradas transfusiones (1'5 litros o más por día).

b) Hemorragias acompañadas de dolores abdominales, por el temor de la inminencia de una perforación.

c) Presencia de un ulcus antiguo que en el transcurso del tiempo no haya mostrado tendencia a la curación.

d) Ulceras localizadas en la porción mesogástrica de la pequeña curvatura, por ofrecer su resección menos dificultades técnicas que en caso de localización bulbar o cardial.

e) Ulceras que hubieran provocado ya grandes gastrorragias, por su tendencia a repetir.

f) Ulcera en individuo de más de cincuenta años, ya que la mortalidad de las hemorragias gástricas, que es por debajo de los cuarenta años, es de más de un dos por ciento, sobrepasados los 50 años se eleva a un 23 por ciento.

De todas maneras, la renuncia a la intervención quirúrgica no es siempre definitiva, sino sujeta a revisión, según el curso posterior, si bien no hay que olvidar que la intervención urgente retardada es siempre más grave que la practicada inicialmente (35 por ciento de mortalidad, frente al 6 por ciento).

Para saber si la gastrorragia continúa, valora más los datos clínicos recogidos de hora en hora (aspecto del paciente, agitación o tendencia a la lipotimia, imposibilidad de mantener la tensión arterial máxima por encima de 10 cm. de Hg. y el pulso por debajo de 120, etc.), que los datos analíticos (recuentos globulares, etc.).

Posteriormente pasa revista a los medicamentos hemostáticos de acción general (adrenocromo, rutina, derivados del rojo Congo, etcétera) y local (cloruro cálcico, trombina, etc.); a las indicaciones y cuantía de las transfusiones sanguíneas y plasmáticas y al empleo de sedantes (barbitúricos, antihistamínicos y, sobre todo, de ganglioplégicos, que

permiten tratar las graves hemorragias por hipotensión controlada).

Referente al problema de la alimentación, si bien se muestra partidario del proceder propuesto por Meulengrancht, de Copenhague, desde 1934, cuyos resultados estadísticos comenta, también reconoce lo arraigado del proceder clásico de dieta absoluta durante los primeros días, y que en caso de suceder un accidente o una recaída se achacará siempre a la realimentación precoz a base de pan blanco, manteca, carne, pescados, tortillas, patatas, etc., todo reducido a puré, pero dado en la cantidad que guste el enfermo. Por ello se inclina ecléctica mente por mantener al paciente durante los tres primeros días con alimentación líquida a dosis fraccionada cada dos horas (leche con azúcar e hidrolizados de caseína); del cuarto al décimo día, con alimentación pastosa con un «Turmix», que administra por sonda fija con un aporte calórico de 2.500 a 3.000 calorías, para, a partir del undécimo día, dar una alimentación más consistente.—F. SUÁREZ PALACIOS.

SAUER, J.; DEARING, M., y FLOCH, O.—«TUMORES CARCINOIDES.» *«Gastroenterology», 34, 216. 1958.*

DESDE la descripción original de los tumores carcinoides ha sido preciso admitir dos hechos clínicos que varían su concepto inicial. El primero se refiere a su pronóstico. Las neoplasias carcinoides fueron consideradas siempre como benignas hasta hace pocos años, sabiéndose hoy que son capaces de producir metástasis y de acabar con la existencia del enfermo que las padece. La lesión primaria suele ser muy pequeña, pero puede ser multicéntrica, localizándose casi siempre en el aparato digestivo, en las proximidades del íleon terminal. Las metástasis aparecen, tras una larga evolución, en el hígado, los ovarios o los ganglios linfáticos, despistando al clínico sobre su origen y procedencia. Se considera hoy que los tumores carcinoides del intestino delgado, del colon o del estómago son casi siempre malignos.

El 90 por ciento de las tumoraciones carcinoides radican en el apéndice, apareciendo el 10 por ciento restante, por orden de frecuencia, en el íleon, el recto, el colon, el estómago, el ciego, el yeyuno, el duodeno y el colecisto, y alguna vez modificando un teratoma peritoneal preexistente. La literatura médica registra en la actualidad quinientos sesenta y siete casos, según una reciente revisión de Sauer.

El segundo hecho clínico admitido hace pocos años en los tumores carcinoides es su relación con un síndrome de enrojecimiento, asma, diarrea y estenosis pulmonar (Biorck, 1952). Según Thorson, sete síndrome solamente se produce en los carcinoides del intestino delgado con metástasis en otros órganos, y va acompañado de edemas, diarrea líquida, intensos dolores abdominales, vasodilatación, telangiectasias y lesiones pelagrosas de la piel. Es característica la coloración pletórica de los enfermos y la parcial o total cianosis de su piel y mucosas, en ausencia de un cuadro de policitemia. Se acompaña de una estenosis de las válvulas pulmonares y de una regurgitación en las tricúspides. Los ataques de asma bronquial se suceden con frecuencia.

Desde 1940 sabemos por Erspamer que las células enterocromafines de la mucosa gastrointestinal producen una sustancia de intensa acción sobre los vasos, que ha sido identificada químicamente como la 5-hidroxitriptamina o serotonina. El análisis de esta sustancia en las orinas de los sujetos con el cuadro vascular ya descrito permite diagnosticar la presencia de un tumor carcinoide en el tubo digestivo aun en ausencia de síntomas focales. Trátase así de una tumoración claramente endocrina.

Desde 1955 se sabe, por Gyermek, que la clorpromazina es un antagonista de la serotonina, y por ello ha sido empleada en muchos casos de tumores carcinoides, consiguiéndose la desaparición del cuadro vascular y bronquial y la disminución de la excreción urinaria de serotonina, pero no, desgraciadamente, la curación del tumor. La modificación del cuadro clínico es tan segura, sin embargo, que puede ser utilizada la inyección de clorpromazina con fines diagnósticos en cualquier sujeto sospechoso de una tumoración carcinoide.

Según Sauer, existen algunos factores que precipitan las crisis vásculomotoras carcinoides. Son éstos la digestión de los alimentos, el acto de la defecación, la ingestión de elevadas dosis de alcohol y la tensión nerviosa.

Heilmeyer y Clotten describen recientemente un caso de tumor carcinoide del intestino delgado con síndrome de fiebre elevada periódica e incremento enorme del triptófano eliminado en las orinas. Sabido es que la serotonina es un metabolito del recambio normal de este aminoácido.

Pero el hecho fundamental en este cuadro sindrómico de los tumores carcinoides es la propiedad de la serotonina de excitar la contracción de las fibras musculares lisas, excitación que explica los cólicos intestinales, el vaciamiento de la vesícula biliar y el broncoespasmo. Su acción vasoconstrictora incrementa la resistencia periférica y produce el sofoco por estancamiento y anoxia, por constricción venosa o por la asociación de ambos mecanismos. Aparte de la vasoconstricción periférica, la serotonina produce una constricción de los vasos pulmonares, la cual de-

termina un descenso de la presión arterial periférica por estímulo de las venas pulmonares y de los ganglios carotídeos. Por su acción sobre los quimiorreceptores de estos ganglios, la serotonina estimula los centros respiratorios y produce en muchos casos el síndrome disneico.—E. ARIAS VALLEJO.

CARDIOLOGÍA

BORGHETI, A.; FERRARI, M., y BIGI, N. «CONTRIBUCIÓN CLÍNICA AL ESTUDIO DEL MECANISMO FISIOPATOLÓGICO DEL FLUTER Y DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR.» (*Contributo clinico allo-studio dei mecanismi fisiopatogenici del flutter e della fibrillazione atriale.*) «*Gior. Clin. Med.*», *39-10-1513. 1958.*

Los autores hacen una revisión de las dos teorías actualmente admitidas para explicar la génesis del fluter y de la fibrilación auricular: la de la excitación circular y la teoría focal. Si bien hay abundantes datos experimentales a favor de esta última, no puede considerarse como definitivamente aclarada la cuestión. Uno de los escollos es la dificultad para estudiar el paso del ritmo sinusal al de fibrilación y a la inversa. Esto se puede conseguir experimentalmente con relativa facilidad, pero las condiciones en que se lleva a cabo la experiencia modifican indudablemente la génesis de los trazados.

Presentan los autores una interesante observación clínica en nueve casos en que, mediante el registro casi continuo del E. C. C. asociado a la administración de quinidina y procainamida, consiguen objetivar en los trazados el paso al ritmo sinusal o de éste a la fibrilación.

Del examen de la serie de trazados con que ilustran su trabajo, en alguno de los cuales se aprecia el cambio de ritmo hasta una o dos veces, deducen que hay una serie de manifestaciones que constantemente preceden y siguen al cambio de ritmo.

En todos los casos de fibrilación, la vuelta dida de una detención de la actividad auria la normalidad del ritmo sinusal va prececular, más o menos larga, pero siempre claramente apreciable. Esto ocurrió tanto en los casos de fibrilación antigua como en los casos de fibrilación en forma de acceso de pocos segundos de duración. Este período puede ser enmascarado por algunos extrasístoles nodales de carácter sustitutivo.

El ritmo sinusal revela en los primeros latidos después de la fibrilación un gradual, pero constante, aumento de la frecuencia, normalizándose también la morfología de la onda P que inicialmente está bastante alterada.

Cuando se produce el paso del ritmo sinusal a fibrilación, ésta va inmediatamente precedida, como último latido prefibrilatorio, de un extrasístole atrial o nodal cuya morfología es igual a la de los que aparecen durante el ritmo sinusal.

Es probable que los extrasístoles sean capaces de crear una situación de excitabilidad atrial modificada con aparición de centros heterotópicos que asumen así un carácter autónomo.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

MUIES, G.; INNOCENTI, P. F., y ROSSI, F. «EL BALISTOCARDIOGRAMA EN LAS CARDIOPATÍAS MITRALES.» (*Il balistocardiograma en las cardiopatias mitralicas.*) «*Gior. Clin. Med.*», *39-10-1480. 1958.*

Tras una revisión de los datos de la literatura sobre el balistocardiograma en los enfermos mitrales, los autores encuentran que la morfología de los trazados en estos enfermos ha sido estudiada de manera parcial y en casuísticas poco extensas. No existen tampoco criterios eficaces para diagnosticar, desde el punto de vista balistocardiográfico, una estenosis mitral predominante de una insuficiencia cuando las dos van asociadas.

Los autores pretenden aclarar estos puntos estudiando el balistocardiograma en 64 enfermos, de los que 51 presentaban una estenosis mitral pura y 13 doble lesión mitral.

El diagnóstico se basó en todos los casos en criterios clínicos, radiológicos y electro y fonocardiográficos. En 24 de estos enfermos se practicó el cateterismo cardíaco según la técnica habitual. 21 de los casos de estenosis pura fueron intervenidos, repitiéndose el trazado del balistocardiograma entre uno y seis meses después de la intervención.

Los trazados obtenidos los clasifican, con criterio morfológico, en tres grupos: normal (en el que incluyen el primer tipo de la clasificación de Brown); anormal, pero con trazados reconocibles (segundo y tercer tipo de Brown), y anormal y completamente irreconocible (cuarto grado de Brown). Cuantitativamente analizan las distancias QH, QI, QJ y QK, duración de H de I y de J, con una aproximación de 0'01 segundos.

Por el análisis y comparación de los resultados, dividen a los enfermos en seis apartados: los cuatro grados de estenosis mitral, el grupo de estenoinsuficiencia y los operados de estenosis.

En los distintos casos estudiados, el balistocardiograma presentó alteraciones más o menos marcadas, pero sin ninguna especificidad. No pudo establecerse ninguna relación entre las alteraciones del balistocardiograma en la estenosis mitral y la gravedad de la sobrecarga ventricular derecha y del síndrome hipertensivo pulmonar.

Después de la comisurotomía, el balisto

mejoró de manera global en líneas generales, pero también inespecíficamente.

Las diversas alteraciones encontradas en el balistocardiograma se pueden suponer debidas al compromiso entre la capacidad mecánica del corazón para expulsar la sangre a la circulación, con el eventual aumento de las resistencias vasculares sitémicas y pulmonares, pero sin ninguna relación específica con la naturaleza de la lesión valvular.

Como conclusión, resumen que el balistocardiograma carece de utilidad para el estudio de los enfermos mitrales.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

KROJANKER (Quito).—«LA MÚSICA EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.» «*Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas*», *vol. VI, n.º 21, págs. 25-105, enero-marzo 1958. Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana, Quito.*

El autor señala la escasez de trabajos sobre el tema entre los investigadores de habla española, constatándose algo más entre los franceses y siendo relativamente abundante entre los cultivadores del idioma inglés; por ello ha dirigido sus esfuerzos a llenar el claro enorme existente en la literatura hispánica acerca del empleo de la música en psicología y en psicopatología.

Se extiende en pormenores históricos sobre cantos primitivos y modulación musical desde los albores de la Humanidad, dedicando apartados especiales para la música en la cultura incásica, china (con numerosas citas de Confucio), griega y en el Antiguo Testamento, para compendiar su influencia con infinidad de ejemplos de nuestros días, extensivos a culturas distintas de las occcidentales.

Analiza el papel que la televisión y la radio ejercen en la civilización, considerándolas con frecuencia negativas en virtud de la propaganda comercial que realizan, mostrando su derivación favorable en el cine, teatro y salones de baile, patentizando también los efectos saludables que puede determinar la música sobre la educación, la industria y la psicología clínica.

Respecto a este último problema, analiza con meticulosidad, capítulo por capítulo, con comentarios y notas, el libro de Podalsky «Music therapy», especie de síntesis del empleo de la música como terapéutica en los Estados Unidos de América, demostrativo del extraordinario uso que se hace de ella en manicomios y hospitales, con resultados, al parecer, sorprendentes y excelentes.

Sigue el autor comentando diversas obras sobre filosofía y psicoanálisis relacionables con la música, decayendo el interés de su magnífico, original y plausible trabajo, esforzándose en superponer la música —atribuyéndole sexo y oscuros significados— con ciertas adquisiciones psicoanalíticas, comentando biografías de músicos célebres, con frecuencia no convincentes.

Vuelve el doctor Krojanker a deleitarnos con su prosa, científica y profunda, considerando a la música como una droga narcoanalítica, ya que logra resolver las resistencias que se interponen entre la afectividad y la conciencia, siendo interesante saber administrarla y comprobando que no todos reaccionan de la misma manera a idéntica música, por lo que ha establecido un «test» personal de ocho muestras insertas sobre una cinta magnetofónica. A cada uno de los individuos a explorar se les da un folleto de ocho hojitas para que anoten en cada una las sensaciones de las ocho muestras de música. El autor, que viene utilizando este método en grupos diversos de personas sanas y enfermas mentales, espera encontrar y definir derroteros importantes para el progreso psiquiátrico, teniendo todavía sus trabajos en vías de ensayo.

Finalmente hace una serie de consideraciones sobre perspectivas clínicas futuras de la música, considerando a la músicoterapia como importante coadyuvante de la psicoterapia, que debe emplearse en todo centro hospitalario.—LUIS DEL CAMPO.

REMOND (París). — «DE LAS RECIENTES ADQUISICIONES DE ELECTROENCÉFALOGRAFÍA A LAS PERSPECTIVAS DE LA NEUROFISIOLOGÍA EN LA COMPRENSIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO Y EL TRATAMIENTO DE SUS ENFERMEDADES.» «*Le Concours Médical*», *núm. 1, páginas 19-32. París, 1958.*

Señala el autor los beneficios que ha proporcionado al diagnóstico neurológico el electroencefalograma y cómo se desarrolló su descubrimiento, que permaneció durante 25 años inaplicable en clínica, juntamente con el perfeccionamiento en los métodos de registro actuales, que merced a 20 electrodos permiten registrar actividades normales y patológicas de los diversos centros y campos cerebrales, habiéndose, incluso, explorado a las neuronas individualmente. Pone de manifiesto cómo tal proceder no puede considerarse como definitivo, necesitándose, por otra parte, personal muy especializado, descubriéndose con frecuencia nuevas técnicas, o más exactamente asociaciones de maniobras que actúan sobre centros nerviosos por distintos mecanismos, pudiéndose afirmar que tales estudios se hallan en fase de desarrollo, aclarando sus manifestaciones con infinidad de figuras y registros encefalográficos. Merced a tales progresos, la encefalografía, utilizando téc-

nicas adicionales instrumentales, se va transformando y ampliando su esfera de acción mediante registros complementarios, revolucionándose los conceptos clásicos sobre neurofisiología, siendo por el momento actual la enfermedad más beneficiada en cuanto a su diagnóstico e identificación la epilepsia, en sus variadísimas formas clínicas, constatándose asimismo brillantes aportaciones sobre las formaciones tumorales, localizaciones corticales diversas e incluso haciéndose extensivos sus métodos al campo de la medicina interna.—LUIS DEL CAMPO.

PATOLOGÍA GENERAL

ORLANDO, E. — «RELACIÓN ENTRE LA CONCENTRACIÓN EN FIBRINÓGENO Y LA RETRACCIÓN DEL COÁGULO SANGUÍNEO.» *(Raporti fra concentrazioni di fibrinogeno e retrazione del coagulo sanguigno.)* «*Arch. Pat. Clin. Med.*», *35, 4, 225. 1958.*

EL poder de retracción del coágulo sanguíneo depende en última instancia de la concentración de la red de fibrina, bien sea debida a un fenómeno biológico condicionado por la actividad enzimática de las plaquetas o a un proceso de sinéresis puramente físico-químico.

El autor trata de establecer la relación entre la cantidad de fibrinógeno del plasma y la cuantía y velocidad de la retracción del coágulo. Para medir esta última se sirve de un dispositivo electrónico según técnica personal que le permite obtener resultados objetivos.

Plantea su experiencia estudiando una serie de plasmas normales a los que añade cantidades decrecientes de fibrinógeno. Otra serie de medidas las realiza en sangres normales, a las que también añade fibrinógeno, estudiando, por último, un grupo de plasmas procedentes de enfermos con procesos que cursan con elevación de las cifras de fibrinógeno.

Las resultados obtenidos son muy expresivos y permiten concluir que la velocidad y cuantía de la retracción del coágulo están en relación inversa con la cantidad de fibrinógenos existente en el plasma. Al aumentar éste, disminuye la retracción según una función exponencial.

El porqué de este fenómeno no está, por hoy, aclarado. Lo más probable es que al ser la retracción provocada por las plaquetas, un aumento del fibrinógeno produzca un desequilibrio con aquéllas, que disminuiría su poder retráctil. Por otra parte, cuanta más fibrina haya en el coágulo, menor será la amplitud de las mallas de la red formada y, por tanto, la posibilidad de retracción es menor.

Puede admitirse, pues, que, paradójicamente, un aumento de fibrinógeno provoca una alteración de la hemostasia.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

MOWBRAY, S. — «LA ACTIVIDAD ANTIBACTERIANA DE LA CLOROFILA.» «*Brit. Med. Jour.*», *5.013, 268. Londres, 1957.*

DICE el autor que, aunque se reconoce como cierta la eficacia de la clorofila hidrosoluble en la terapéutica de las heridas, no se sabe exactamente si sus efectos sobre la granulación tisular son debidos a una acción antibacteriana, si bien se ha podido demostrar sus efectos «in vitro» sobre los estafilococos, estreptococos, lactobacilos y especies anaerobias productoras de esporas.

Se hicieron ensayos con clorofila cuprosódicopotásica en diluciones a partir de una solución madre al 10 por ciento, diariamente preparada. Los resultados obtenidos permiten conocer que la clorofila inhibe el crecimiento de algunas especies Gram positivas, no afectando a ninguna de las Gram negativas ensayadas.

Pudo observarse que, si bien algunos gérmenes opuestos a la acción de la clorofila morían (*stafilococus aureus*), entre 1/100 y 1/800 de concentración del bactericida, retoñaban sus cepas después de un plazo de espera de veinticuatro horas.

De los resultados obtenidos puede deducirse que la clorofila ejerce un ligero efecto bacteriostático, el que es posible pueda definirse mejor haciendo uso del método descrito por Dye.

Las pruebas efectuadas en un medio en caldo, con penicilina sola, con clorofila sola y con ambas, no permiten demostrar un efecto sinérgico, pero se ha deducido que la clorofila es un agente tensoactivo que pudiera incrementar la sensibilidad de los gérmenes a los antibióticos.

En relación con esta suposición, destácase la observación de que las heridas experimentales, tratadas con clorofila y antibióticos, curan más rápidamente que cuando son tratadas sólo con éstos.—CITOLER.

TISIOLOGÍA

CURCI, G.—«HALLAZGOS EXPERIMENTALES SOBRE LA ACTIVIDAD ANTITUBERCULOSA «IN VITRO» DE LA KANAMICINA.» *(Ricerche sperimentali sull'attivita antitubercolosi «in vitro» de la kanamicina.)* «*Archiv. di Tis. e Mall. Ap. Resp.*», *13, 533. 1958.*

EN un campo de cultivo de Nagano descubrieron los japoneses el hongo *streptomices kanamyceticus*, productor del antibiótico. Los autores italianos han probado su eficacia frente al H37 RV a concentración de 3 gammas. Tiene una acción bactericida. No existen antagonismos ni sinergismos con los otros agentes antituberculosos, y parece que cepas resistentes a los otros fármacos son sensibles a este nuevo.—SAMITIER.

GALZERANO, G.—«A PROPÓSITO DE UN CASO DE ERITEMA NUDOSO APARECIDO DESPUÉS DE LA VACUNACIÓN POR EL B. C. G.» *(Su di un caso di eritema nodoso insorto dopo vacinazione con B. C. G.)* «*Archiv. di Tis. e Mal. Ap. Resp.*», *13, 631. 1958.*

DESPUÉS de un mes de vacunado un niño, apareció un eritema nudoso que se supuso tenía como causa la vacunación. Es interesante esto porque la lesión local del B. C. G. era normal, siendo posible excluir como causa del proceso la acción de la vacuna. Fotorradiografiado el enfermo cuando la vacunación, era normal, y, sin embargo, cuando apareció el eritema la radiografía reveló un típico complejo primario. Idénticamente, la tuberculinorreacción era negativa antes de la vacunación. Tuvo que haber una reinfección exógena que causó la primoinfección y el eritema, es decir, probablemente fracasó la vacunación en este niño.—SAMITIER.

AGAZIA, L.—«NUEVO BROTE DE LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA DESPUÉS DE LA EXÉRESIS PULMONAR.» *(Ripresa di malatia dopo intervento di exeresi per tuberbuloma polmonare.)* «*Arch. di Tis e Mal. Ap. Resp.*», *13, 687. 1958.*

EL caso es muy interesante porque operaron a un enfermo con una sombrita tipo tuberculoma sospechando que era un cáncer pulmonar. El análisis de la pieza reveló la etiología tuberculosa, y dado el enfermo de alta, curado, a los meses tuvo una recaída de la misma enfermedad tuberculosa.

Cita el autor la hipótesis de que el sobreesfuerzo del resto de los lóbulos al extirpar uno de ellos, hace que entren en actividad focos antiguos que estaban inactivos.—SAMITIER.

GALZERANO, G.—«LA COMPOSICIÓN QUÍMICA DE LA TUBERCULINA.» *(La composizione chimica delle tubercoline.)* «*Arch. di Tis. e Mal. Ap. Resp.*», *12, 921. 1958.*

EMPLEAN los autores el método electroforético para el análisis de los componentes de la tuberculina. Es conocido que diversos agentes químicos desencadenan la reacción orgánica con respuesta tuberculínica, y de esta investigación hallan los autores que, como se sabía, los prótidos tienen el primordial papel en la génesis de la reacción tuberculínica, así como otros lípidos y aldehidos que forman parte de los múltiples componentes químicos de la tuberculina. — SAMITIER.

MARRA, A. — «INVESTIGICIONES FUNCIONALES SOBRE LA ASPIRACIÓN ENDOCAVITARIA (DETALLES DE LA BRONCOESPIROMETRÍA SEPARADA.» *(Indagini funzionali sulla aspirazione endicavitaria, rilievi di broncospirometria separata.)* «*Archiv. di Tis. e Mall App. Respir*», *núm. 12, 986. 1957.*

LOS autores investigan hasta qué punto el parénquima recuperado mediante la aspiración endocavitaria puede reintegrarse a su función de hematosis. Realizan la investigación sobre cavidades de un pulmón que tenía sano el parénquima pericavitario en el sentido de lesión única y aislada.

El experimento lo realizan también investigando la función espirométrica antes de la elisión cavitaria y después de abandonado el tratamiento, asistiendo a un claro equilibrio de la función próximo a niveles normales.—SAMITIER.

MARINACCIO, L., y CACUDI, G.—«A PROPÓSITO DE ALGUNOS ASPECTOS DE LA TUBERCULOSIS MAMARIA.» *(Su alcuni aspetti della tubercolosi mamaria.)* «*Archiv. di Tis. e Mall. App. Respir.*», *núm. 13, 141. 1958.*

EXPONEN nueve casos de tuberculosis mamaria, ocho de mujeres y una de un hombre, forma esta extraordinariamente rara. Discuten el origen de la misma en sus posibilidades de iniciación primitiva o secundaria. Resulta difícil el diagnóstico diferencial histopatológico entre las reacciones inespecíficas del tejido conectivo mamario y la propia tuberculosis de la mama, concluyendo que se puede hacer con toda seguridad el diagnóstico a pesar de las dificultades que entraña tal problema. Solamente hasta 1950, en la literatura médica mundial, se habían publicado 28 casos de tuberculosis mamaria.—SAMITIER.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 398 - TOMO LXVII
MAYO 1959
CONGRESOS Y ACADEMIAS

ASAMBLEA INTERNACIONAL DE ANATÓMICOS

Montpellier, 22-26 de marzo de 1959

Los anatomistas más célebres de Europa y América se han reunido en asamblea de su Asociación, en la histórica Facultad de Medicina de Montpellier.

Bajo los auspicios del Gobierno de la República francesa y alto patronato del ilustre rector de la Universidad de Montpellier, señor De Richard, y del ilustre decano de la Facultad de Medicina, profesor Gastón Giraud, se han reunido en asamblea, en la milenaria capital languedocciana, durante los días del 22 al 26 de marzo del año en curso, numerosos anatomistas venidos de distintos países de Europa y de América, al objeto de cambiar amplias impresiones sobre los trabajos que han llevado a feliz término y contrastar los diversos y a veces encontrados puntos de vista en el transcurso de una serena, enjundiosa y elevada discusión científica, prometedora de nuevos y aún más afortunados hallazgos.

El Comité que tuvo a su cargo la organización de esta cuarenta y seis asamblea internacional de la renombrada Asociación de Anatomistas, estuvo constituído por los eminentes profesores Turchini, presidente; Granel, Cazal, Laux y Dulieu, y actuaron como secretarios generales quienes lo son de dicha entidad, profesores Beau y Giroud. Todos ellos fueron muy felicitados por el acierto con que procedieron a redactar el programa de la memorable reunión, y asimismo por el éxito en los actos públicos celebrados.

Las sesiones de trabajo tuvieron lugar indistintamente en el célebre *Theatrum Anatomicum* y en el gran anfiteatro de la Facultad de Medicina, y también en el novísimo y magníficamente acondicionado anfiteatro del Instituto de Botánica, que dirige el mundialmente reputado parasitólogo profesor Herve Harant.

Por uno y otro anfiteatro desfilaron durante las sesiones de trabajo numerosas y relevantes personalidades médicas de indiscutible prestigio en el mundo de la investigación científica, las cuales con sus meritísimas comunicaciones glosando temas de Embriología, Histología y Anatomía normal y patológica, han aportado nuevos destellos de luz al acervo común de la sabiduría

Ante la imposibilidad material en que nos vemos de dar extensa cuenta de dichos trabajos, ya que es reducido el espacio editorial que tan amablemente se ha puesto a nuestra disposición, nos limitaremos a informar a nuestros lectores de los títulos de cierto número de ellos, que por su enjundia y actualidad científica causaron mayor impresión en la docta asamblea. Helos aquí:

«Acción de la tiroxina sobre fibroblastos cultivados *in vitro*», por Baeckeland y J. Frederic, de Lieja.

«Estructura de las neuronas *in vivo*», por G. Godina, de Turín.

«Acerca de los mastocitos del tubo digestivo», por M. Godlewsky, de Aviñón.

«Acción de la timidina normal o *tritiée* sobre el crecimiento de los cultivos de tejidos», por S. y M. Chevremont, de Lieja.

«Estudio histoautorradiográfico del estroma corneano con sulfato S. 35», por J. Verne y colaboradores.

«Correlaciones hipofisosurrenalianas en la anencefalia», por H. Tuchmann-Duplessis, de París.

«Potencialidades endocrinianas de los injertos hipofisarios en el pleurodelo», por J. L. Pasteels, de Bruselas.

«Distribución nerviosa de la región de la oreja media en un embrión humano de 50 milímetros», por Echevarría y Eyries, de Concepción (Chile).

«Hígado y vesícula biliar de Rinolofos en hivernación y estivación», por J. P. Turchini, G. Gatayée y R. Lagarde, de Limoges.

«Algunas modificaciones histológicas producidas por los ultrasonidos en aplicación sobre el testículo de ratón», por Ch. Bonhomme y colaboradores, de Clermont-Ferrand.

La Escuela de Montpellier contribuyó al éxito de esta reunión con las magníficas aportaciones que citamos a continuación:

«Los mastocitos a la luz de las recientes investigaciones», por el profesor Turchini y el doctor L. Khau Van Kien.

«Acción de algunos derivados etilenoiminoquinonas en el transcurso de la mitosis y problemas que suscita», por el profesor Sentein.

«La pseudobrancia de los teleosteanos», por el profesor Granel.

«Nota sobre el trayecto anastomótico del nervio laríngeo externo», por R. Laux y A. J. Ciurana.

«Significación biológica del sistema porta», por el profesor Pagés y A. Pagés.

«Estudios histoenzimológicos de la degeneración grasosa hepática después de acción microbiana y después de acción de sustancias tóxicas», por G. Catayee.

«Observaciones sobre la histofisiología de la retina», por L. Khau Van Kien.

«Investigaciones sobre las nefropoietinas y hepatopoietinas», por A. Mocquot.

«De las células olfativas. ¿Células nerviosas periféricas o células pseudosensoriales?», por S. Turchini.

«Efectos de las arilsulfamidas hipoglicemiantes sobre la estructura histológica del páncreas», por Ch. Fruteau de Laclos y A. Loubatieres.

«Acerca de la existencia y el origen de ciertos corpúsculos no microbianos en la sangre y los tejidos. Su comportamiento en cultivo y resultados de su inoculación experimental», por F. Riudavetz.

En esta memorable reunión internacional de anatomistas, España estuvo dignamente representada por los eminentes profesores y doctores: F. Orts-Llorca, J. M. Genís, A. Carrato y L. Gómez Oliveros, cuyas brillantes comunicaciones fueron escuchadas con gran interés y calurosamente aplaudidas por un selecto y conspicuo auditorio integrado por reputados investigadores médicos llegados de diversas latitudes.

Investigaciones anatomoquirúrgicas de los nervios parasimpáticos pelviano en el hombre», por L. R. Maceira, de Madrid.

«Contribución al estudio de la inervación de la suprarrenal», por A. Carrato, Madrid.

«Obtención experimental de los pliegues retinianos (retinal-septa) en el embrión de pollo», por F. Orts-Llorca y J. M. Genís, de Madrid.

«Desarrollo de los vasos del lóbulo superior del pulmón izquierdo», por L. Gómez Oliveros, de Salamanca y Madrid.

Fueron éstos los temas seleccionados por nuestros distinguidos colegas españoles para esta reunión, y, como decimos, consiguieron llamar grandemente la atención de los asambleístas.—J. PAULIS.

ESCUELA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA «GALLART MONÉS»

SERVICIO MÉDICO-QUIRÚRGICO DE PATOLOGÍA DIGESTIVA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, DE BARCELONA

Director: A. GALLART-ESQUERDO

SESIÓN DEL DÍA 20 DE NOVIEMBRE DE 1958

MARTÍN-GUERRA, W.—«PANCREATITIS CRÓNICA RECIDIVANTE.»

Después de definir la enfermedad (episodios dolorosos agudos o subagudos, que traducen accidentes sucesivos, graves o benignos, de autodigestión del páncreas), se expone brevemente el cuadro clínico de la misma. Lo fundamental es el dolor transfixiante, irradiado desde el epigastrio al hipocondrio izquierdo, que evoluciona por crisis paroxísticas, de aparición brusca, de intensidad y duración variables, sin horario fijo; a veces, el dolor se localiza estrictamente en la región subcostal, y otras en la escápula del mismo lado. Junto con tales crisis destaca el adelgazamiento rápido y progresivo, aparte de los síntomas disépticos, que son inconstantes. La exploración clínica suele ser negativa; a veces, el punto subcostal izquierdo es doloroso a la palpación, y excepcionalmente se percibe una tumoración pancreática. El examen radiológico puede proporcionar datos en favor del diagnóstico (ensanchamiento del marco duodenal, rechazamiento de la porción prepilórica de la curvatura mayor del estómago, calcificaciones pancreáticas, estenosis del colédoco por compresión pancreática, etc.). En cambio, la amilasemia y la amilasuria con frecuencia son normales.

A continuación se exponen las dos historias clínicas siguientes:

1) Hombre de 43 años, que sufría crisis epigástricas irradiadas al hipocondrio izquierdo y columna vertebral desde hacía unos siete años. Todas las exploraciones fueron negativas. Fué intervenido, practicándosele una esplecnicectomía izquierda por vía lumbar sub-

peritoneal, con exéresis del ganglio semilunar del mismo lado. El paciente se encuentra bien a los meses de la intervención y ha ganado 25 kilos.

2) Mujer de 50 años, que en los últimos seis meses había sufrido tres crisis epigástricas. A la exploración se encontró un tumor epigástrico, que ocupaba también ambos hipocondrios y que por debajo rebasaba tres dedos el ombligo; era del tamaño de un melón redondo, renitente, con zonas más duras a la derecha; no formaba parte del hígado ni del bazo. Casoni negativo. A rayos X la porción horizontal de la curvatura mayor del estómago está rechazada hacia arriba, y el cuerpo del mismo, comprimido hacia la pared abdominal anterior; el marco duodenal, agrandado, y el colon transverso, comprimido hacia abajo. Con el diagnóstico de probable tumor quístico de origen pancreático (¿degenerado?), se le interviene y se comprueba que la tumoración está transformada por el páncreas muy edematoso, habiendo abundantes manchas de esteatonecrosis esparcidas por todo el peritoneo parietal, epiplón mayor y región del Douglas. Con tratamiento adecuado, el curso postoperatorio fué perfecto; la enferma se encuentra bien, pasados cuatro meses.

Sesión del día 27 de noviembre de 1958

RIPOLL GÓMEZ, MANUEL J.—«Las transaminasas y fosfatasas en las enfermedades hepáticas y pancreáticas.»

Las sustancias enzimáticas ocupan lugar preponderante en la Medicina actual, ya que no sólo han despertado el interés del clínico desde el punto de vista terapéutico, sino por la ayuda diagnóstica y pronóstica que proporciona su tasación sérica en el laboratorio.

Interés especial han suscitado las enzimas transaminásicas, pues algunas de ellas, la G. O. T. (glutámico-oxalacética) y la G. P. T. (glutámico-pirúvica), se encuentran en gran cantidad en dos importantes órganos de la economía humana: el corazón y el hígado, de donde normalmente son liberadas al torrente circulatorio en pequeñas cantidades (1-45 u.) y susceptibles de sufrir elevaciones considerables, cuando en aquellos órganos se producen focos de necrosis u otros insultos celulares. La G. P. T. se encuentra en mayor proporción en el hígado.

El examen del nivel transaminásico del suero adquiere, en consecuencia, gran valor en determinadas afecciones de dichos órganos. El infarto de miocardio cursa con dosis elevadas únicamente de G. O. T.; en las afecciones hepáticas agudas (hepatitis), de etiología tóxica o infecciosa, se hallan cifras de G. P. T. muy aumentadas, y no tanto de G. O. T. También otras enfermedades subagudas o crónicas del hígado, tales como cirrosis, ictericia oclusiva y procesos neoplásicos, cursan en su mayor parte con cifras patológicas de transaminasas, predominando los valores de G. O. T. sobre los de G. P. T. (cociente invertido). Su valoración es importante para el diagnóstico diferencial entre las ictericias, en las contraindicaciones operatorias (metástasis hepáticas) y, sobre todo, en el pronóstico y curso evolutivo de tales afecciones.

Las fosfatasas alcalinas se hallan también elevadas en la patología hepática, alcanzando los valores más altos (superiores a 20 n. B.) en las ictericias obstructivas. Las hepatitis agudas suelen cursar, especialmente en su fase inicial, con cifras altas de fosfatasas (15-20 u. B.); las cirrosis y cáncer de hígado, por el contrario, proporcionan un aumento mediano de las mismas (8-12 u. B.).

En las pancreatitis agudas se han encontrado las transaminasas elevadas, pero no de manera constante, y tampoco directamente proporcional al grado de necrosis o alteración tisular.

Nuestra experiencia personal, enriquecida por un número notable de tasaciones, confirma el valor e importancia de estos fermentos en la patología clínica.

Sesión del día 11 de diciembre de 1958

SUEIRAS FECHTENBURG, A. — «Proctorragias en la infancia.»

En una sesión clínica anterior, el autor presentó un niño de tres años de edad, afecto de rectosigmoiditis gangrenosa, cuya principal manifestación clínica fué la proctorragia. En esta sesión añade dos casos más de proctorragia: uno en una niña de catorce meses, y otro en un niño de diez años, producida por invaginación intestinal y divertículo de Meckel, respectivamente.

El diagnóstico etiológico de las proctorragias en la infancia entraña un problema de extraordinaria importancia y dificultad, no sólo para el médico y el cirujano generales, sino incluso para el pediatra y el cirujano especializado. Expone el proceso mental seguido para llegar al diagnóstico, para lo cual es necesario:

1.º Tener *in mente* todas las causas de proctorragia, y nada más fácil que seguir un orden anatómico, de boca a ano.

2.º Preguntar y comprobar los datos siguientes:

a) Color de la sangre expulsada, el cual nos orientará sobre la localización.

b) Si la sangre está *sobre* o *en* la deposición. Este dato es considerado por el autor como complementario del anterior, pues la sangre roja riega la deposición, y la oscura está mezclada con ella.

c) Cantidad, pues existen determinadas afecciones que cursan con hemorragias catastróficas.

d) Dolor y o signos peritoneales. Determinadas afecciones (trombosis mesentérica, invaginación y vólvulo intestinales) cursan con un cuadro peritoneal tan intenso, que la hemorragia queda relegada a segundo término.

3.º Valorar la edad del enfermo y la frecuencia de las distintas causas.

4.º Con los datos citados puede llegarse ya a un diagnóstico etiológico y aun se dispone de medios auxiliares (rayos X, laboratorios, endoscopia, etc.) que sirven para corroborarlo. Determinadas afecciones, muy frecuentemente, pasan inadvertidas a los rayos X, tales como la duplicación o el divertículo de Meckel.

Gracias a esta pauta, se llegó al diagnóstico preoperatorio exacto de invaginación mixta, cuya cabeza estaba a nivel del sigmoide, y de úlcera péptica sangrante de un divertículo de Meckel.

HOSPITAL MUNICIPAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Reuniones del Cuerpo Facultativo

Sesión del día 13 de febrero de 1959

ARASA BERNÁU, F. — «Alergia y medicina neural.»

Están en estudio las orientaciones que permiten conferir un valor al hecho de que el sistema nervioso autónomo sea capaz de influir sobre la producción de anticuerpos, y así, una actividad aumentada de los nervios parasimpáticos o la administración de sustancias parasimpáticomiméticas redundará en un aumento del título de anticuerpos, ejerciendo los agentes parasimpáticolíticos un efecto opuesto. Esto es probablemente cierto también, respecto a los agentes simpáticomiméticos y simpáticolíticos. Existen pruebas de que las llamadas reacciones alérgicas, en el fondo, son de origen nervioso, obedeciendo, por lo tanto, a las leyes del sistema nervioso. Ahora bien, hace falta valorar debidamente cuándo sucede ello, aunque actualmente existen ya bastantes datos en favor de que la doctrina alérgica se va apartando un tanto del factor humoral, dirigiéndose hacia los elementos vegetativos. Personalmente opinamos que la doctrina alérgica entre de lleno en el marco de la patología de la totalidad, creada por nosotros y Pende, y que hoy encuentra ya amplia resonancia en muchos sectores rectores de la actual Medicina mundial.

ABADES BLANCHART, J. — «Hipertrofia mamaria virginal.»

Las hipertrofias mamarias se pueden dividir en cuatro grupos, que son: la hipertrofia infantil o desarrollo mamario precoz; la hipertrofia virginal difusa de las adolescentes; la hipertrofia gravídica, y la hipertrofia menstrual.

La hipertrofia infantil suele observarse en niñas en los primeros años de su vida, y va asociada con otros signos de precocidad sexual: menstruación precoz y caracteres secundarios femeninos. Corresponde a un trastorno endocrino y está en relación con tumores ováricos, suprarrenales, hipofisarios y lesiones hipotalámicas.

La hipertrofia gravídica se presenta a veces durante la lactancia y es debida a las influencias hormonales de la gestación, que persisten durante el período de lactancia o destete del niño.

La hipertrofia menstrual corresponde al aumento de la mama durante el período menstrual y es una variedad de mastopatía esclerosquística.

La hipertrofia virginal difusa suele iniciarse en jóvenes adolescentes y a partir de la primera menstruación. Las mamas adquieren un desarrollo rápido y alcanzan un volumen que corresponde a varios kilos en pocos meses. Está relacionado con trastornos endocrinos de tipo hipofisario y ovárico.

Se estudia dicha afección con la sintomatología clínica que la determina, y se exponen las fotografías de un caso muy expresivo, antes y después del tratamiento quirúrgico.

Cree el autor que es más aconsejable la mastectomía parcial, porque con ella se consigue un mejor modelaje de la mama y no existe ningún peligro de retención láctea en caso de gestación, porque el tejido mamario que se conserva es totalmente fibrosado e inepto, por tanto, para la función galactófora de la mama.

TRIADÚ, I. — «DIVERTÍCULOS DEL ESÓFAGO.»

ROKITANSKY clasificó a los divertículos esofágicos con los nombres de divertículos por pulsión y divertículos por tracción; además existen los divertículos esofágicos de tipo congénito. Los divertículos por pulsión estan localizados y se desarrollan, de preferencia, en el esófago cervical; los divertículos por tracción se desarrollan en el esófago torácico, aunque algunos autores consideran que en esta región se desarrollan únicamente los divertículos por tracción; en nuestra estadística también los hemos observado por pulsión; en un gran número de ellos el origen es mixto.

Queremos referirnos a la coexistencia de un divertículo de localización esofágica, con otros procesos del tubo digestivo. Esta coexistencia no es infrecuente, y su diagnóstico es de capital importancia para no incurrir en errores.

En los tres casos que hemos expuesto puede decirse que el divertículo sólo es un hallazgo causal. Las molestias de tipo tardío y las melenas en uno de ellos; las crisis litiásicas con abundantes cálculos en vesícula, en otro, y la neoplasia del cardias en el tercero, determinan y son los responsables de los síntomas para el diagnóstico de estas afecciones. La presencia y coexistencia de los divertículos en sus distintas localizaciones en estos tres casos, prácticamente eran asintomáticos.

En el último caso, un divertículo esofágico ha sido la causa del retraso en el diagnóstico de una neoplasia del cardias, cuyo tratamiento, en su momento oportuno, hubiese sido del todo diferente, además de la supervivencia mayor. En otros sectores, como el recto, unas hemorroides diagnosticadas sin un examen rectoscópico detallado constituyen aun en la actualidad retrasos de meses, para el diagnóstico de un cáncer del recto .

Esta comunicación sólo es una aportación para insistir, una vez más, en que la exploración de los pacientes en aparato digestivo tiene que efectuarse lo más completa posible con los medios que poseemos.

VILLARES URCHAGA, J.; TORRES DE GASSÓ, J. M.ª, y MONTÓN RASPALL, D. «LAS ANESTESIAS CON GASES EN OTORRINOLARINGOLOGÍA.»

SE refieren los autores a las diversas técnicas que se realizan modernamente en las operaciones otorrinolaringológicas, no molestándose mutuamente, como sucedía antes, la anestesia y el cirujano otorrinolaringológico, al disputarse ambos las vías respiratorias altas, gracias a las modernas técnicas anestésicas por intubación endotraqueal. Señalan que en la amigdalectomía, sin embargo, no se ha resuelto todavía en los niños una anestesia ideal, ya que precísase una anestesia sin riesgos y rápida, que permita mantener las premisas de asepsia y hemostasia de toda intervención. Estas parecen cumplirse mejor con la utilización de gases en la anestesia de los niños, que permite reglar la intervención, permitiendo realizar la adenoidectomía con una seguridad de no dejar restos y realizar una disección de la amigdala sin necesidad de tener un tiempo prefijado, como sucede cuando se emplean otras técnicas. Supone, por tanto, un perfeccionamiento en la técnica el empleo de este tipo de anestesia. Tiene los inconvenientes de que la amigdalectomía es más laboriosa, por cuanto hay que vigilar el postoperatorio, y que precisa un costoso aparato de anestesia de gases. Frente a la simplicidad de las técnicas por el Sluder, la técnica por disección y anestesia por gases en los niños es, desde luego, más complicada, pero de hábito quirúrgico más reglado, permitiendo cumplir mejor los postulados de una perfecta asepsia y hemostasia. Tiene el inconveniente de que no permite la amigdalectomía ambulatoria que estamos acostumbrados a realizar. Elimina los riesgos quirúrgicos de hemorragia y anestesia que ocurren cuando se emplea el cloruro de etilo. Los peligros de pulmonía por aspiración y de atelectasia producidos por aspiración de sangre y productos sépticos que se citan como complicaciones en las técnicas de amigdalectomía por gases, no se observan actualmente, dado que, mediante la aspiración, queda un campo prácticamente exangüe, y por el tratamiento antibiótico se suprimen todas las posibilidades infectivas.

Concluyen los autores creyendo que es técnica que siempre que se puede realizar, por existir un medio quirúrgico dotado de estos aparatos, es la de elección, pues el niño no pasa por el trance de horror a la amigdalectomía, que perdura en la conciencia toda su vida, cuando se realizan amigdalectomía por las técnicas hoy en día más usuales.

MANCHÓN AZCONA, F. — «HORMONOTERAPIA EN EL CÁNCER DE MAMA.»

EN los últimos años se ha visto el resultado favorable de las hormonas en el tratamiento de las metástasis del cáncer de mama. Tenemos a nuestra disposición, en cada caso, los siguientes recursos: 1.º, suprimir la función ovárica; 2.º, suprimir la función suprarrenal; 3.º, suprimir la función hipofisaria, así como anulando funciones endocrinas podemos modificar el equilibrio hormonal. También conseguiremos el mismo objetivo administrando hormonas antagónicas. De ahí las siguientes medidas: 1.º, administración de hormona androgénica; 2.º, administración de hormona estrogénica, y 3.º, administración de hormona adrenocortical.

1.º *Indicaciones y resultados de suprimir la función ovárica.* — La castración está indicada principalmente en aquellas enfermas cuyas metástasis óseas se hacen más dolorosas en el período premenstrual. Los resultados beneficiosos se manifiestan en el 20 al 50 por ciento de las enfermas, mejorando las metástasis de los tejidos blandos y calcificándose las óseas. La menopausia provocada por la castración produce en la enferma las molestias típicas de la misma, que se tratarán con sedantes; nunca con una terapéutica estrogénica ni tampoco androgénica, pues estas últimas se transformas en estrógenos.

2.º *Supresión de la función suprarrenal.*— En las pacientes castradas se observa un crecimiento de las suprarrenales con aparición en la orina de hormonas estrogénicas. Estas, a su vez, son un estímulo al crecimiento de la metástasis. Por ello está indicada la adrenalectomía bilateral. En una estadística de cuatrocientos casos presentada por Kennedy, se observaron un 40 por ciento de mejorías.

3.º *Supresión de la función hipofisaria.*— La hormona hipofisaria estimula el crecimiento tumoral. Se supone que el efecto favorable de las grandes dosis de hormonas androgénicas y estrogénicas sea debido al efecto inhibitorio sobre la función hipofisaria. La hipofisectomía tiene unos resultados a su favor de un 40 por ciento de mejorías. Su indicación está en las enfermas premenopáusicas castradas que recidivan, así como en las postmenopáusicas que respondían a la terapéutica hormonal y también reactivaron sus lesiones.

4.º *Administración de andrógenos.*—Contra la opinión generalizada de su utilidad, citaremos la frase de Kennedy: «Las perturbaciones que las grandes dosis de andrógenos provocan en la mujer son más probables que los efectos terapéuticos perseguidos.» Sus indicaciones más importantes son las metástasis óesas avanzadas si bien los resultados son más subjetivos que objetivos. En cambio, en las metástasis subcutáneas los efectos son mínimos. Además, la transformación de los andrógenos en estrógenos puede estimular el crecimiento tumoral.

5.º *Administración de estrógenos.* — Contraindicados totalmente en el período premenopáusico, son muy útiles, en cambio, en el postmenopáusico. Administrado a dosis masivas, inhiben la función hipofisaria y, en consecuencia, la ovárica. Las metástasis subcutáneas desaparecen en un 50 por ciento, y las óseas, en un 20 por ciento, y el resultado se mantiene durante años siempre que no se interrumpa su administración.

6.º *Administración de adrenocorticoides.*— Debe reservarse su uso a las enfermas en fases finales y emplearlos como antiinflamatorios y euforizantes, estando indicadas en la hipercalcemia intensa, metástasis cerebrales, convulsiones, disnea en metástasis pulmonares, ictericia en metástasis hepáticas, etcétera. Fuera de estos casos están contraindicadas porque aumentan las hormonas estrogénicas.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE CASTILLA

SESIÓN DEL DÍA 4 DE ABRIL DE 1959

Presidente: Dr. Fernández-Ruiz y Profesor Cuadrado (decano)

EL profesor Kirchof, de Gottingen, miembro de honor de la Sociedad, desarrolló el tema «El röntgendiagnóstico en Obstetricia».

El doctor Fernández-Ruiz, presidente de la Sociedad, abrió la sesión con la bienvenida al ilustre profesor, que fué presentado por el doctor Población.

El doctor Almendral hizo la traducción al castellano en el curso de la conferencia, ilustrada con numerosas radiografías.

El *profesor Kirchof* empieza efirmando que los rayos X siempre producen un perjuicio, mayor o menor, sobre las células de la madre y del hijo, y que los autores americanos encuentran mayor frecuencia de abortos después de exploraciones radiológicas. Por ello estas exploraciones deben establecerse bajo indicación muy precisa, como una intervención quirúrgica. Es verdad que la técnica ha mejorado con los modernos filtros y películas, haciendo más inofensiva la exploración, pues antes los tejidos recibían 0'3 r. y ahora sólo reciben 0'2 ó 0'15 r.

Explica cómo se hace *la medición del feto* desde la primera vértebra cervical a la última sacra, multiplicando esta medida por 2'3, lo que da con gran exactitud el largo fetal, medida muy útil cuando se trata de prematuros, hipermaduros, para establecer un pronóstico, etc., siendo el método más exacto para determinar el tamaño y contextura de los

huesos. Se refiere a los signos de muerte fetal, Spalding, modificaciones de columna vertebral, etc., señalando la diferencia que hay entre tomar las radios en decúbito o en posición vertical, e insistiendo en señalar las incurvaciones de la columna cervical en forma de pico, típica de la muerte fetal.

Trata de *la amniografía*, de interés en el diagnóstico de monstruosidades, fetos hidrópicos o cuando no se ven bien en radiografías corrientes, pudiendo apreciarse perfectamente las circulares de cordón. La exploración tenía el inconveniente de la absorción del contraste por el feto, que pasaba a pulmones y otros órganos, por lo que era un método no aconsejable. Hoy está resuelto este peligro con el yodo-metal Bayer, que, introducido por punción en el líquido amniótico, no es absorbido por el feto y, en cambio, se adhiere a sus contornos, diseñándolo perfectamente, pudiendo verse en radiografías que presenta incluso edemas fetales de cara y miembros perfectamente, distensiones de huesos del cráneo, vientre, etc., apareciendo muy claro el feto tipo «buda», pudiendo diferenciar así los fetos Rh de los diabéticos por signos radiológicos, con la consiguiente indicación o contraindicación de la cesárea.

Otro punto fué la aplicación clínica de los perfeccionamientos técnicos de la fotografía en la guerra. Por ejemplo, la introducción de los *rayos electrónicos*, que dan imágenes maravillosas en detalles óseos, que demuestra en proyecciones; tiene el inconveniente de ser un aparato muy caro (más de 500.000 pesetas), por lo que no tiene mucha difusión. Los detalles aumentan cuando se combina la amniografía y los rayos electrónicos.

Trata del *diagnóstico radiológico de la placenta previa* por medios de contraste inyectables, presentando hermosas radios muy demostrativas.

Llama la atención sobre el diagnóstico de las *roturas de la sínfisis púbica*, que considera muy frecuentes en los partos normales (1'8 por ciento) y que atribuye al trabajo de la mujer gestante, advirtiendo que aun sin rayos X se puede hacer este diagnóstico, por la dificultad que tiene la mujer de sostener sus piernas elevadas, las molestias que origina el hematoma pubiano, etc., afirmando que es preciso el tratamiento de reposo con faja de aproximación de poleas aplicada varias semanas, seguida de corsé ortopédico varios meses, porque de no hacerlo así, las molestias reaparecerán en próximos embarazos.

Un aspecto exploratorio de su predilección es el que se refiere a las *pelvis largas* por asimilación de la última vértebra lumbar (sacralización), con lo que el sacro tiene seis vértebras; esto es mucho más importante que el raquitismo, y más frecuente. La asimilación de la vértebra lumbar determina un doble promontorio que dificulta o impide la entrada de la cabeza fetal y su rotación, aun con buena curvadura sacra, que puede faltar (aplanamiento sacro), constituyendo la pelvis un canal alargado como un cilindro, que aunque la cabeza penetra en ella, no puede rotar. Por tanto, estas pelvis plantean dos problemas: uno de penetración de la cabeza fetal, y otro de rotación difícil o imposible, con lo que clínicamente se ve que la cabeza acaballa sobre el pubis, y el parto no progresa. El ángulo que forma el eje de la cabeza fetal con el plano de entrada pelviana, en vez de ser de 90 grados, es de 45. Y todo esto puede ocurrir incluso con diámetro conjugado amplio hasta de 14 centímetros. No se trata de una estenosis pélvica, sino de un alargamiento pélvico, presentando una estadística en que la anomalía aparece en un 53 por ciento, determinando un 3'6 basiotripsias, mortalidad materna del 1'8 por ciento y fetal del 6'3 por ciento.

Se refiere a continuación a las modernas técnicas de *fotorradiografía de la mujer*, y señala, por último, que en una serie de estudios radiológicos sobre *los ángulos del rombo de Michaelis*, pudo comprobar la sorpresa de que el ángulo superior del rombo corresponde a la tercera vértebra lumbar y no a la 4-5 como se venía admitiendo.

Fué la del profesor Kirchof una magnífica exposición informativa de la labor de una gran clínica docente y de un gran maestro que sabe enseñar, sencillo, cordial y de una arrolladora simpatía.

El decano de la Facultad de Medicina, profesor Cuadrado, cerró la sesión con palabras de elogio al profesor Kirchof y a la Sociedad Ginecológica de Castilla, por la labor que viene realizando, ofreciendo la colaboración de aquella Facultad.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 398 - TOMO LXVII
MAYO 1959
SECCIÓN VARIA

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. SEMINARIO DE HISTORIA DE LA MEDICINA
(Prof. LUIS S. GRANJEL)

MEDICINA E HISTORIA

TRES OFTALMÓLOGOS ESPAÑOLES DEL OCHOCIENTOS

POR EL

DR. EMILIANO HERNÁNDEZ BENITO

PROFESOR ADJUNTO DE HISTORIA DE LA MEDICINA EN LA UNIVERSIDAD

SALAMANCA

En la historia de la Oftalmología del *Ochocientos* destacan, con relevante personalidad, tres médicos: los doctores *Francisco José Delgado Jugo*, *Cayetano del Toro* y *Santiago de los Albitos*, a quienes debemos el más decidido impulso en la definitiva instauración, como rama independiente del quehacer médico, de la Oftalmología en nuestra Patria, colaborando muy especialmente en tal empeño el Instituto Oftalmológico, que se crea en Madrid en 1872. En este centro de investigación y formación de profesionales realizó buena parte de su importante labor el doctor Delgado Jugo, y como él, más tarde, sus mejores discípulos. Será, pues, conveniente hacer preceder una sumaria historia de este centro a la biografía de los autores mencionados.

EL INSTITUTO OFTÁLMICO

Es el siglo XIX en el que la Oftalmología española, concretamente en Madrid, experimenta una definitiva transformación. Como escribe García del Real, es en esta centuria [1] «cuando los oftalmólogos españoles, y particularmente los madrileños, entran en el período más fecundo de sus trabajos, iniciándose éstos con la Memoria sobre úlceras de la córnea, publicada en 1812 por Gimbernat, y a la que ya hemos aludido anteriormente. En 1828, los doctores Mexía y Jaime Isern traducen la obra de Scarpa. Por esta misma época, los doctores España y Solá establecieron en Cádiz el primer dispensario oftalmológico, donde el doctor Cevallos dió un curso teórico práctico de enfermedades de los ojos. En Madrid publica el doctor Santana un Tratado de Oftalmología, que en unión del publicado más tarde por el doctor don José Calvo y Martín sirvieron de texto a los alumnos de la primera cátedra de Oftalmología, creada en 1850 y desempeñada por el doctor Calvo». A despecho de su excesiva extensión, la transcripción del texto leído queda justificada por su indudable importancia; él nos ofrece una clara imagen de la Oftalmología española *ochocentista*.

En este auge del saber oftalmológico va a tomar parte, y decisiva, la presencia en la Corte del doctor Delgado Jugo, quien da en 1858 cursos libres de la espe-

cialidad en su domicilio, ocho años después de haber fundado la cátedra de Oftalmología. De esta época es también la fundación, por el doctor Cervera, de un dispensario oftálmico en la Casa de Misericordia de Santa Isabel [2].

Se proyectó y tuvo realidad el Instituto Oftálmico reinando Amadeo I, quien en unión de su esposa, doña María Victoria, lo tomó bajo su patrocinio; se inauguró en la madrileña calle de Atocha el 22 de septiembre de 1872; en una revista profesional de la época [3] se lee la siguiente crónica, firmada por Lino Carceda: «Hemos visitado el Instituto Oftálmico, que se ha fundado por la Reina en la calle de Atocha. Se ha sacado todo el partido posible de una casa vieja y pequeña. Las enfermerías, cámara oscura, anfiteatro de operaciones, aparatos, etc, se hallan montados a la moderna. El agua y la electricidad andan abundantes, de modo que en miniatura imita a cualquier establecimiento extranjero de esta índole.» Antes de quedar definitivamente emplazado donde hoy se halla, su sede había cambiado de la calle de Santa Isabel, número 5, a la de Santa Bárbara, número 2.

Desde su fundación, y hasta su muerte, la dirección del Instituto Oftálmico estuvo confiada al doctor Delgado Jugo; al fallecimiento de este ilustre oftalmólogo vivió aquel centro una grave crisis, que no hubiese podido vencer, como escribe García del Real [4], sin la abnegada actuación de los ayudantes de Delgado Jugo, los doctores Albitos y López Díez. En 1877 fué nombrado director del centro el doctor Cervera, lo que dió motivo a la dimisión de los antiguos ayudantes de Delgado Jugo; para sustituirlos fueron nombrados los doctores López Ocaña y Santa Cruz.

El reglamento que presidía la vida del Instituto Oftálmico fué aprobado por real orden de 22 de diciembre de 1904; la intervención estatal la ostentaba un director de Administración. Con fecha 11 de enero de 1916, una nueva real orden reorganiza la vida profesional y administrativa del centro, pasando éste a depender directamente del Ministerio de la Gobernación, suprimiéndose la plaza de director, que fué sustituída por la de un jefe facultativo. El reglamento de 1904 incluye capítulos que regulan las actividades de la Junta de patronos rectores inmediatos del Instituto, y otros sobre las funciones adscritas al personal científico del mismo.

El doctor Delgado Jugo

Expuesta sumariamente en el primer capítulo del presente trabajo la historia del Instituto Oftálmico, centro desde el cual desarrollaron lo mejor de su labor científica y profesional los doctores Delgado Jugo y Albitos, y al cual pudo quedar vinculado el doctor Cayetano del Toro, es momento de trazar la semblanza de estos tres oftalmólogos.

Nació el doctor *Francisco José Delgado Jugo* en Venezuela, en 1830, de padres españoles [5]. De su vida sólo sabemos que estudió, según él escribe al doctor Espino [6], en Caracas y Lima, ciudad donde alcanzó el título de doctor en Medicina. Su formación oftalmológica la completó asistiendo a diversas clínicas europeas, preferentemente a la que en París dirigía el profesor Desmarres, de quien puede considerársele discípulo. Su llegada a Madrid, ciudad que ya no había de abandonar, tuvo lugar en 1858, alcanzando muy pronto merecido renombre profesional [7]. Organizó, en su propia casa de la calle Ancha de San Bernardo, cursos libres de Oftalmología; de allí, así como de la consulta gratuita que más tarde estableció en la Casa de Socorro de Fuencarral, trasladada posteriormente a la calle de Capellanes, salieron los que por su formación científica y profesional habían de contribuir al auge de la Oftalmología en España. El doctor Ferradas [8], rememorando la personalidad de Delgado Jugo, nos dice cómo en él destacaba, con un perfecto conocimiento de las materias motivo de sus disertaciones, su gran elocuencia, viveza en los conceptos y elegancia en la frase. Como queda indicado, fué el doctor Delgado Jugo el primer director que tuvo el Instituto Oftálmico [9].

A su labor profesional y de maestro de toda una generación de oftalmólogos, entre los que sobresalió Cayetano del Toro, debemos a Delgado Jugo una labor, igualmente decisiva, de publicista. Su firma apareció presidiendo varios trabajos de *El Pabellón Médico*, en *La Crónica Oftalmológica* y en los *Annales d'Oculistique*; a él se debe asimismo una edición castellana de la *Iconografía oftalmológica* de Liebriech; otra del *Tratado de las enfermedades de los ojos*, de Wecker; una *Higiene ocular*, cuya edición no pudo concluír; también su muerte le impidió llevar a cabo la edición de un *Tratado de enfermedades oculares*, para la cual poseía ya abundantes e interesantes trabajos. A Delgado Jugo correspondió la redacción y lectura del discurso inaugural del año académico de 1866 en la Academia Médico-Quirúrgica matritense; una *Memoria* del Congreso Internacional de Oftalmología de París, publicada en 1867, al que asistió. Estuvo presente asimismo en el que se celebró en Londres en 1872. En la inauguración del curso de 1869 en la Sociedad Antropológica Española, también correspondió al doctor Delgado Jugo el discurso de apertura.

Falleció Delgado Jugo el 3 de agosto de 1875, a la temprana edad de 45 años. Con ocasión de tan triste suceso, que interrumpió la vida científica del ilustre oftalmólogo cuando más podía esperarse de él, y motivado por una apoplejía, escribió *El Siglo Médico* [10]: «Nadie ignora el febril interés, la incansable diligencia, con que el señor don Francisco Delgado Jugo procuraba, apenas hace dos meses, la conservación del Instituto Oftalmológico, creado por él. No es desconocido por nadie las luchas y dificultades hasta llegar a esta fama adquirida. Ha sido herido en Vichy de una apoplejía fulminante, que ha puesto término a su vida. Tal vez las preocupaciones acerca del Instituto hayan influído en este final.»

Cayetano del Toro

Fué el doctor *Cayetano del Toro y Quartiellers* discípulo de Delgado Jugo, y a él se le ofreció, a la muerte de su maestro, la dirección del Instituto Oftálmico, cargo que no aceptó. Nació en Cádiz, el 4 de octubre de 1842, falleciendo en la misma ciudad el 2 de enero de 1915. Precozmente dió muestras de claro ingenio y manifiestas aptitudes para las ciencias, confirmadas en brillantísimo historial académico que le condujo a la posesión del título de licenciado en Medicina en 1863, y al de doctor, que lo obtuvo de la Universidad Central, al siguiente año. Cuando cursaba, en la Facultad de su ciudad natal, tercer año de la carrera, la Reina Isabel II le concedió la Cruz del Mérito Militar, con distintivo blanco, por su abnegado comportamiento con los soldados heridos y enfermos en la campaña africana [11].

En posesión del título de doctor, Cayetano del Toro inicia su especialización en Otorrinolaringología, siendo, después del doctor Rubio, el primero en realizar en España la extirpación total de laringe. Su inquietud, acaso también su afán de saber, le inducen a consagrarse más tarde al estudio de la Obstetricia y Pediatría, dejando como testimonio de esta etapa de su vida profesional una obra, calificada en su tiempo de fundamental y dedicada a la exposición de las afecciones tocoginecológicas e infantiles. Su amistad con el ya mencionado doctor Rubio, maestro indiscutido de la Cirugía española de la época, indújole a practicar asimismo la Cirugía, en la que alcanzó gran pericia. La estancia en la Corte le dió

ocasión de trabar conocimiento con el doctor Delgado Jugo, de quien muy pronto fué preeminente discípulo; las enseñanzas de este gran oftalmólogo abrieron al médico gaditano las puertas de otro capítulo del saber médico, en el que había de encontrar su verdadera vocación.

Retornó a su ciudad natal, para establecerse en 1864, dedicándose preferentemente a la práctica oftalmológica, aunque sin abandonar por completo la Cirugía general. A partir de este momento, Cayetano del Toro va a ser un capítulo de la historia de Cádiz. Durante veinte años ejerció en el Hospital de San Juan de Dios, y desde 1871 dió cursos libres de Oftalmología. Su enraizamiento en Cádiz le hará declinar el ofrecimiento de asumir, a la muerte de su maestro, la dirección del Instituto Oftálmico. Como profesional, la fama de Cayetano del Toro se difundió fuera de las fronteras nacionales, y a su consulta acudían de diversos países, preferentemente hispanoamericanos. Pone en práctica una nueva técnica de operación de catarata, y la da a conocer personalmente en numerosas clínicas europeas, lo que contribuye a aumentar su renombre. Sus bodas de oro con la profesión, celebradas el 11 de junio de 1913, dos años antes de su muerte, congregan en Cádiz a un numerosísimo grupo de médicos, muchos de ellos discípulos suyos, que le rinden público homenaje de admiración.

Al renombre internacional, como queda dicho, que como oftalmólogo alcanzó Cayetano del Toro, ha de sumarse el de más reducido ámbito, pero mayor calor humano, que tuvo como hombre público en su patria chica. Ocupó los más diversos cargos, entre ellos los de Presidente de la Diputación y Alcalde. Presidente local de la fracción del Partido Liberal que presidía Moret, consiguió para su ciudad, así puede decirse, cuanto se propuso. Fué el defensor y posteriormente el que ordenó el derribo de las murallas. Cádiz le debe la creación de su primera barriada obrera. Por su iniciativa le fué erigido un monumento a don Segismundo Moret. A él se debió igualmente la celebración en Cádiz, en 1912, de las fiestas de la Independencia y la primera Reunión de Representantes de los Países Iberoamericanos. Fundó el Museo Iconográfico, y durante amplios períodos presidió el Ateneo, la Academia de Medicina y la de Bellas Artes. Tanta popularidad fué la que en Cádiz llegó a tener Cayetano del Toro, que pudo equipararse a la del famoso anarquista Salvochea.

De su labor como publicista es de destacar, ante todo, la fundación de la *Crónica Oftalmológica*, primera publicación que de esta especialidad existió en España, dirigiéndola entre 1871 y 1882, y que fué desde 1872 órgano oficial del Instituto Oftálmico; anteriormente, entre 1864 y 1867, publicó la *Revista de Ciencias Médicas* y los *Anales Médicos Gaditanos*. De sus obras son dignas de mencionarse, ante todo, el importante *Manual de las enfermedades de los ojos y sus accesorios*, cuya primera edición se publicó en 1867, y la segunda, notablemente ampliada, entre 1878 y 1879; la tercera data de 1903. De interés son asimismo su Memoria *Importancia y adelantos de la Oftalmología*, y su exposición sobre un nuevo procedimiento de queratotomía lineal, comparándolo con la queratotomía a colgajo, y los estudios *Nuevo método de deslizamiento del cristalino en su totalidad, Bases del tratamiento de la rija*, otro sobre *Sífilis ocular, Adherencias periféricas del iris al cristalino* y papel del ojo en el proceso fisiológico de la visión; no son de olvidar sus *Breves apuntes sobre la Oftalmología en Argelia*. Omitimos, por desbordar los límites de este trabajo, la mención a sus obras y escritos sobre los restantes campos del saber médico, cuya práctica, como sabemos, también cultivó. Hombre culto e interesado en todo cuanto se relacionara con las Artes, nos dejó estudios sobre *La luz y la pintura* y *La biblioteca del artista pintor*.

A su muerte, acaecida en 1915, *El Siglo Médico*, en un editorial, ensalza la memoria del médico gaditano, a quien se debió, como bien ha escrito el doctor Menacho, con Delgado Jugo, el desarrollo alcanzado, durante la segunda mitad del siglo XIX, por la Oftalmología. Se lee en la revista nombrada [12]: «El ilustre médico y habilísimo oculista doctor don Cayetano del Toro ha fallecido en Cádiz el día 2 del corriente mes... El Ayuntamiento, convocado en sesión extraordinaria, acordó tributar al cadáver del señor Del Toro honores como si hubiese fallecido siendo alcalde; asistir en corporación al entierro; conceder en el Cementerio terreno para la sepultura, en que se pondrá una lápida; colocar el retrato del finado en la Galería de Hijos Ilustres de Cádiz; celebrar honras fúnebres; poner a una calle principal el nombre de Cayetano del Toro», pues a tanto llegaba el afecto de sus coterráneos.

Santiago de los Albitos

Vamos a concluir la rememoración de este capítulo de la historia de la Oftalmología española con el estudio de la personalidad científica y la obra del doctor *Santiago de los Albitos y Fernández*, ayudante de Delgado Jugo en el Instituto Oftálmico, cargo que abandonó, poco tiempo después de la muerte de su maestro, al ser encargado de la dirección de aquel centro el doctor Cervera.

Formado profesionalmente, como se indica, bajo el magisterio de Delgado Jugo, pronto alcanzó el doctor Albitos relevante personalidad y renombre como oftalmólogo. Merecedor de ser destacado es el rasgo de desprendimiento y amor al centro en que se formó, cuando a la muerte de Delgado Jugo, habiéndose suprimido la subvención oficial de que hasta entonces gozaba el Instituto, lo tomó a su cargo y atendió a sus expensas y, en unión del doctor López Díez, al sostenimiento con todos los gastos que dicho centro ocasionaba.

Al abandonar, en 1877, el Instituto Oftálmico, fundó una clínica particular, y años más tarde el Asilo de Santa Lucía, que pronto fué un establecimiento oftalmológico modelo. Los constantes rasgos de abnegación en el ejercicio profesional de este hombre, que se había encumbrado desde una baja capa social, le hicieron merecedor de la Cruz de Beneficencia; más de cien mil fueron, posiblemente, los enfermos a que atendió. Sus cursos libres de Oftalmología, que crecían en renombre cada año, congregaron a su lado a gran número de médicos, que de él aprendieron la especialidad y que en el correr del tiempo darían días de gloria a la Oftalmología española. No podemos dejar de citar en este trabajo a uno de ellos, al doctor Márquez. Aludiendo García del Real a esta faceta de su labor, nos dice [13]: «Sus lecciones igualaban a las de los más grandes maestros de la época... En las afecciones externas había infinidad de «pequeños detalles», como él los llamaba, en los cuales hacía fijar la atención y que hubieran pasado desapercibidos de otro modo..., y les hacía tomar afición a la Oftalmología.»

En su cargo de decano de la Beneficencia Municipal de Madrid, redactó diversos reglamentos reorganizando los servicios de aquel cuerpo médico. Todo ello le valió, con la condecoración ya mencionada, las cruces de Carlos III, Isabel la Católica y Alfonso XII. Fué presidente, asimismo, de la Sociedad Oftalmológica Hispano Americana, fundada en 1902. De su labor como escritor y publicista científico, de gran importancia, como dice Márquez [14], debemos recordar que fué: «Fundador, con el inolvidable Rodríguez Viforcos, de la *Revista de Oftalmología, Sifilografía y Vías Urinarias;* dejó en varios artículos de la misma y en folletos publicados, un cierto número de trabajos, más importantes por su calidad que por su cantidad. Recordemos, entre otros, sus *Aforismos oftalmológicos, Trabajos oftal-*

mológicos del Asilo de Santa Lucía, Un nuevo quistitomo, Una nueva teoría de la formación de la catarata, Mecanismo curativo de la iridectomía en el glaucoma, Enfisema de la órbita y *Un nuevo procedimiento (original) operatorio del triquiasis*».

A su muerte, en 1908, el redactor de *El Siglo Médico* Decio Carlan escribió [15]: «Tenemos que lamentar en esta semana el fallecimiento de un ilustre profesor, justamente reputado y querido por sus excepcionales conocimientos, sus prendas personales y su colaboración en la obra del común progreso: nos referimos al doctor don Santiago de los Albitos y Fernández... Su Asilo de Santa Lucía le dió una popularidad tan general entre las clases modestas de Madrid, que no había quien le conociera y no le amara. Su obra en el Ayuntamiento de Madrid, como decano, fué meritoria y contribuyó al engrandecimiento de la Beneficencia Municipal; y su carácter íntegro y firme sirvió para mostrarse a los compañeros como un ejemplo digno de imitación.»

RESUMEN

En el presente trabajo se estudian los datos más sobresalientes de la vida y de la obra de los doctores Delgado Jugo, Cayetano del Toro y Albitos, figuras preeminentes de la historia de la Oftalmología del Ochocientos, *haciéndose asimismo una sumaria historia del Instituto Oftálmico de Madrid.*

BIBLIOGRAFÍA

1. E. García del Real.—«Historia de la Medicina en España», págs. 1.031-1.032. Madrid, 1921.
2. C. del Toro.—«Tratado de las enfermedades de los ojos», tomo I, págs. 40-41. Cádiz, 1878.
3. *El Siglo Médico*, año XIX, n.º 977, pág. 576, Madrid, 15 de septiembre de 1872.
4. E. García del Real.—«Historia contemporánea de la Medicina», págs. 561-562. Madrid, 1934.
5. Sobre la vida y la obra del doctor Delgado Jugo pueden consultarse: E. García del Real: «Historia de la Medicina en España», págs. 1.032-1.033; *Ibíd,*: «Historia contemporánea de la Medicina», págs. 561-562; M. Menacho: «Notas para la historia de la Oftalmología hispánica», págs. 21-22, Barcelona, 1927; J. Esteban Cepero: «Apuntes de Historia de la Medicina», págs. 420-421, Madrid, s. f.; y J. Abadal Pérez-Rioja: «Resumen histórico de la Oftalmología en España», *Trabajos de la Cátedra de Historia Crítica de la Medicina*, tomo I, págs. 149-162, Madrid, 1933.
6. J. Manuel Espino.—«Historia de la Oftalmología en Venezuela hasta 1955», *Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina,* vol. II, núms. 5-6, págs. 237-468. Caracas, 1954.
7. J. Esteban Cepero.—*Op. cit.*, pág. 420.
8. Cit. por E. García del Real: «Historia de la Medicina en España», pág. 1.032.
9. M. Menacho.—*Op. cit.*, págs. 21-22.
10. *El Siglo Médico*, año XXII, n.º 1.131, pág. 559. Madrid, 29 de agosto de 1875.
11. Sobre la vida y la obra del doctor Cayetano del Toro, consúltense las obras de E. García del Real, M. Menacho, J. Esteban Cepero y J. Abadal Pérez-Rioja, ya citadas.
12. *El Siglo Médico*, año LXII, n.º 3.187. Madrid, 9 de enero de 1915.
13. Sobre la vida y la obra del doctor Albitos, cf. E. García del Real: «Historia de la Medicina en España», págs. 1.034-1.036.
14. Cit. por E. García del Real: *Ibíd.*, pág. 1.036.
15. *El Siglo Médico*, año LV, n.º 2.861. Madrid, 10 de octubre de 1908.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 399 - TOMO LXVII
JUNIO 1959

EL ESPERMOGRAMA

PROBLEMA MÉDICO-MORAL

POR EL

DR. ANTONIO CASIELLO

PROFESOR DE PATOLOGÍA MÉDICA EN LA UNIVERSIDAD DE ROSARIO (REP. ARGENTINA)

PALABRAS PREVIAS

Tal vez sorprenda un tanto —y no sin razón— el *título* de este trabajo, tratado por un clínico, por un médico práctico, y no por un endocrinólogo, por un laboratorista, por un tocoginecólogo o por un urólogo, sobre todo si adelantamos que en nuestra no breve vida profesional, más o menos activa —próxima ya a completar tres docenas de años—, no hemos solicitado nunca un espermograma. En cambio, el *subtítulo* explica y justifica ampliamente —así lo entendemos— nuestra incursión en el tema, pues de problemas médico-morales sí nos hemos ocupado más de una vez, en nuestro afán de crear o promover inquietudes, con la pretensión de levantar la mira en el ejercicio de nuestro quehacer médico, recordando siempre, con renovada insistencia, que el sujeto de nuestras actividades, el hombre, es nuestro semejante, nuestro hermano, con todas sus características, con todo su contenido moral, con la alta dignidad que le confiere su carácter de *ser racional*.

PLANTEAMIENTO DE LA CUESTIÓN

Desde hace mucho tiempo nos preocupa, y nos choca, la técnica empleada para la obtención del licor espermático, a los efectos de dilucidar problemas vinculados, ya sea con la esterilidad matrimonial, o bien como elemento de juicio para el estudio de endocrinopatías, en las que estuviera implicada la función androgénica.

Nos choca, decimos, aceptar el método, usado indiscriminadamente, a cualquier edad y cualquiera que sea el estado civil del interesado. Y lo lamentable es que no varía el criterio al respecto. Llama la atención que el sujeto sometido a la investigación se allane con tanta frecuencia a aceptar el procedimiento; si bien hemos oído, de boca de algunos colegas, lamentarse por la «incomprensión ciemática» de ciertas personas que, preocupadas por el problema de la esterilidad matrimonial, se resisten o se niegan, sin embargo, a someterse a la técnica que se les propone, para iniciar en el varón la búsqueda del motivo de tal esterilidad, ya que,

según diversas estadísticas, «alrededor del 40 por ciento de esos casos son debidos al hombre» (KUPMAN [1]).

Lo cierto es que diversos autores hablan de centenares y, algunos, de millares de espermogramas, con la particularidad de que en los casos en que «el examen del líquido seminal no resulta satisfactorio, es necesario repetirlo dos veces más...» (KUPMAN [1]); mientras otro autor (TYLER [2]) habla de «una serie de análisis de semen en un paciente... durante casi dos años» (!). Lo cual indicaría tanta tenacidad y desaprensión por parte del investigador, como tolerancia y mansedumbre de parte del investigado, rayanas en lo morboso.

La misma técnica se emplea, no sólo en hombres casados —en los que acaso pudiera pretenderse considerar el acto como un «holocausto» al noble fin que se persigue—, sino también, según antes anotamos, en muchachos con trastornos gonadales, a quienes se otorga así un «bill» de indemnidad en el mantenimiento del hábito (si preexistía), pues... un señor doctor, no sólo lo autorizó, sino, concretamente, lo solicitó o lo impuso, fomentando así una perversión sexual. Hemos comentado, entre otros problemas médico-morales, un caso tal, en la clase inaugural del curso lectivo de 1948 [3], llamando la atención sobre la circunstancia de que se procede así, con toda naturalidad, sin noción de la responsabilidad moral en que se incurre; «más aún, afirmábamos, con la pretensión de haber obrado con conciencia recta y de acuerdo con los dictámenes de nuestra ciencia médica, sin tener en cuenta que se trata de hechos que trasponen las fronteras de la biología y caen en los dominios de la moral». Agregábamos que «el fin no justifica los medios» y que, aun aceptando que el asunto tuviera un interés especulativo o científico, el recurso utilizado —la masturbación—, atentatorio de la salud física y, sobre todo, moral, nunca debió emplearse, por ser intrínsecamente malo; como no lo hubiera utilizado, en definitiva, el médico tratante si el paciente hubiese sido un hermano o un hijo suyo.

Actualización del problema

Surgen estas reflexiones y estos recuerdos por haber adquirido actualidad este importante asunto, con motivo de una encuesta de este tenor: «¿Cuál es el procedimiento más adecuado, desde el punto de vista científico, humano, moral, etc., para la obtención de material para la práctica del espermograma?» El colega que responde a la consulta, después de destacar que en los métodos en uso «a veces van reñidos los principios científicos con los morales, religiosos, etc.», pasa revista y descarta, por inconvenientes, varios de ellos, concluyendo que el clásico, la masturbación, «es el universalmente aceptado desde el punto de vista científico». Y añade: «Desde el punto de vista religioso, no; pero el acto, realizado con un fin de estudio..., no va reñido con los principios humanos ni morales, y Dios, con su magnanimidad, perdonará una vez más» [4]. Parece clara la idea del autor, que procura dar una sensación de tranquilidad espiritual al médico consultante, absolviéndolo por anticipado, si cae en el desliz de aconsejar tal recurso.

Coincidente con este criterio, otro autor afirma que el procedimiento citado es el método aconsejable, y sostiene que «cuando es menester recurrir a él con fines de investigación, no deben considerarse afectados la dignidad y el respeto de la persona sometida a examen» (Serv. Cient. Roche).

Faz moral de la cuestión

Esto significa, sin duda, hablar en un lenguaje *crudamente* científico, si se nos permite la expresión, y desde ese punto de vista parecería inobjetable. Pero, sin

menoscabo de nadie, reconociendo de antemano la recta intención de quienes así opinan y proceden, pensamos que, de todos modos, se trata de un criterio médico *deshumanizado* que, con toda seguridad, ha de repugnar aun a quienes lo propician, cuya sensibilidad moral y humana no podemos cuestionar ni dejar de reconocer.

Se ha dicho con razón, y nosotros no nos cansamos de repetirlo, que en Medicina —así, con mayúscula— se debe proceder en materia de investigación o de tratamiento teniendo en cuenta, en primer lugar, el *valor moral* de la persona humana, el respeto por la dignidad del hombre, objeto de nuestras preocupaciones y de nuestros estudios, aun sin entrar en disquisiciones de carácter filosófico o religioso..., que si así lo hiciéramos, sabemos bien que no faltarían quienes, carentes de recursos dialécticos o faltos de otros argumentos razonables, dirían que procederíamos influenciados por *prejuicios*, es decir, sin examen o estudio previo al pronunciamiento, sin raciocinar con respecto a la posición adoptada, que se impondría como obedeciendo a un impulso ciego. Pero no; esa posición surge de lo más íntimo de nuestra conciencia, con espíritu crítico, libre y desapasionado, llamando precisamente a la razón, al claro juicio y a la sana reflexión, a los estimados colegas, muchos de los cuales, probablemente, se dejan llevar por el criterio sustentado por autores a los que a buen seguro, en éste como en otros asuntos, no se les ha planteado, antes de ahora, la faz moral del problema; a tal punto, que en ciertas circunstancias se trasladan con toda tranquilidad, al humano, criterios de zootecnia.

Para concretar, diríamos que nadie tiene derecho a imponer al prójimo algo que él mismo no aceptaría para sí, para un hermano o para un hijo. Comprendemos que no se trata de una imposición coercitiva o violenta; pero, indiscutiblemente, para lograr la aquiescencia, para convencer al interesado mediante una amable requisitoria «científica», se ejerce ya una coacción de orden moral, tan criticable como si fuese de cualquier otra naturaleza, y siempre al margen de la ética médica.

Proceder antibiológico y contrario a la moral natural

No es, pues, que nos opongamos sin razón, por prejuicio, a la práctica de un recurso de investigación diagnóstica que evidentemente se prodiga en la actualidad. Pero, nos preguntamos: ¿Hay, por lo menos, seguridad de que sea en verdad el único..., el mejor? Si convenimos, según es lógico, que la maniobra utilizada es groseramente antifisiológica, ¿el producto obtenido será comparable con el eyaculado normal?... Máxime si tenemos en cuenta «las fluctuaciones marcadas que pueden ocurrir en el semen de una misma persona», como sostiene TYLER [2] comentando casos de concepción en oligospérmicos. Al emplear este calificativo alude, desde luego, al recuento efectuado en material obtenido mediante masturbación; siendo baja la cifra constatada, incompatible, según el autor, con la fecundación, se colige que el coito útil ha vehiculizado un número mayor de células. «La muestra examinada —afirma— puede no tener necesariamente una estrecha relación con el nivel de semen en la época específica de la concepción.» Esto es, que el procedimiento, aun desde el punto de vista biológico, es susceptible de severa crítica.

Ahora bien, descartados los otros métodos, de acuerdo a los motivos corrientemente invocados, sobre los que no nos detendremos, ¿podría concluírse en la aceptación de ese recurso, prescindiendo de la faz moral de la cuestión? Deliberadamente, según antes lo acotamos, preferimos no hablar del problema religioso, no

porque lo subestimemos, por cierto, sino porque nos basta y sobra con esgrimir razones de moral natural, de ética médica, de decencia y de limpieza profesional.

Entendemos que, siendo el hombre una unidad, así llamada psicosomática, es decir, un ente indivisible compuesto de alma y cuerpo inseparables, no podemos ni debemos prescindir arbitrariamente, a nuestro antojo, de uno de tales elementos, desmembrándolo artificiosamente y agrediendo así a la esencia misma de la dignidad de la naturaleza humana.

El fin no justifica los medios

No basta, para cohonestar tal actitud, afirmar que «cuando es menester recurrir a ese procedimiento con fines de estudio, no deben considerarse afectados la dignidad y el respeto de la persona sometida a examen»; o que el mismo «no va reñido con los principios humanos ni morales...» El acto en sí no cambia de especie porque se lo utilice a los efectos de una determinación científica; siempre permanece el mismo, cualquiera que sea el motivo de su ejecución. Si se nos permite, para aclarar, propondremos un símil. Cuando combatimos el aborto llamado «terapéutico» o «eugenésico», afirmamos que también en esos casos —y no sólo cuando se habla del aborto criminal— es intrínsecamente malo, porque siempre significa la occisión, deliberadamente procurada, de un ser inocente que tiene derecho a la vida, cualquiera que sea el motivo que se invoque, en la vana pretensión de despreciarlo, para justificar su muerte.

El aborto provocado es, en todos los casos, detestable moralmente, porque significa siempre la muerte de un niño por nacer.

La masturbación merece la misma calificación, en cualquier circunstancia, porque constituye un atentado a la dignidad moral del hombre.

Ambos actos, guardadas las debidas proporciones, significan un desdoro para nuestra noble ciencia médica. Ya no pueden ni deben figurar en nuestra literatura. Es preciso luchar por desterrarlos definitivamente de nuestro ambiente profesional.

«El aborto provocado —se ha dicho autorizadamente— ha dejado de ser una indicación terapéutica» (Martini [5]). Formulamos votos por que, antes de mucho tiempo, podemos afirmar que la masturbación haya dejado de ser un recurso de investigación médica.

Hemos recordado que «el fin no justifica los medios»; en consecuencia, por nobles y elevados que fuesen los fines que se persiguen, no es posible recurrir a un medio repudiable *per se*, por antifisiológico, por atentatorio a la dignidad humana y porque, en definitiva, repetimos, quienes lo propician —ubicándose injustamente a una altura superior a la del enfermo— no aceptarían ellos en sí mismos, o en sus allegados más próximos, el empleo de ese trámite.

El médico y el enfermo

La viabilidad de un recurso diagnóstico o terapéutico se aprecia mejor, y sólo así debe enjuiciarse, poniéndonos nosotros en el lugar del paciente. No tenemos, moralmente, ningún derecho a subestimarlo o a considerarnos otra cosa distinta o más trascendente que nuestro prójimo. Con gusto transcribiremos unas citas bibliográficas utilizadas ya en una nota que publicamos sobre otro tema de orden moral [6]. Dice Centeno: «Desgraciadamente, es general y corriente el olvido de que se tiene entre manos un ser humano, igual que el médico, con sus mismos derechos, o más todavía, desde el momento en que entre ellos se coloca la fe y la

vida» [7]. Por su parte, Royo-Villanova [8] afirma: «En cierto sentido, el médico, con respecto a su enfermo, debe permanecer en un discreto segundo término, y no al revés como suele hacerse tantas veces.»

Sería, por lo demás, insensato aducir que, en materia de estudio o de investigaciones médicas, las nociones de carácter moral no deben limitar la libertad del hombre de ciencia. A este respecto dice Uribe Cualla [9]: «No es posible sostener la tesis de una libertad científica sin restricciones, mientras sean seres humanos los que hayan de ejercerla y a los que haya de aplicárselas.» Y agrega: «A la Ciencia debe dejársele abiertos muchos caminos para que pueda desarrollarse con la máxima libertad honestamente posible; pero no está facultada para atropellar el honor y la dignidad de la persona humana, a cuyo servicio estamos y cuya dignidad espiritual está por encima de toda otra consideración.» Y no se argumente que, para el caso que comentamos, el sujeto de la experiencia «preste su consentimiento, porque ni aun así tiene el médico derecho a pasar ciertos límites» (Biot [10]).

No es que con argumentos de orden moral se pretenda interferir u oponer valladares al progreso y a la investigación médica; lo que ocurre es que la «ciencia», en manos de ciertos investigadores, no para mientes en incursionar en terreno que le está vedado y que debe merecerle la máxima consideración. De otra manera, ello constituiría «un allanamiento de la personalidad y de la moral humanas; respetando primordialmente la libertad científica, debe procurarse también respetar el orden moral» (Nasio [11]). Y esto, el respeto a la dignidad y a la moral del hombre —ya lo dijimos más arriba—, debe privar sobre cualquier interés «científico» (las comillas significan, para nosotros, que no merece en realidad tal calificación, o que no puede encubrirse con la misma un procedimiento que, evidentemente, vulnera los principios que estamos sustentando y que debemos defender *a outrance*). La Ciencia —y muy especialmente la nuestra, la Medicina— debe estar al servicio del hombre, y no éste al de aquélla.

Ocurre no raramente, con algunos hombres de ciencia, que parecerían obrar con anteojeras, es decir, sin ver más allá de lo que en el momento les interesa; pero, aun en esos casos, a veces el subconsciente les traiciona. Tyler [2], hablando de inseminación artificial, con todo desenfado, como si actuara en una cabaña, pone de repente un paréntesis en su discurso, diciendo: «El fin de este trabajo no permite una discusión de los diversos aspectos morales y legales de la inseminación por dador; pero se presentan estas estadísticas por los datos que pueden agregar al problema de determinar el momento de la concepción.» Con lo cual, pretendiendo excluir por su cuenta y riesgo el grave e *ineludible* problema moral —ya que su tarea se realiza en seres humanos, y no entre bestias—, parece sentirse libre de toda responsabilidad... o, por lo menos, procura liberarse de esa pesada responsabilidad moral.

En definitiva, diríamos que todas estas reflexiones estarían de más si existiera una clara y cabal comprensión y acatamiento del precepto que manda «amar al prójimo como a sí mismo»; en cuya síntesis se compendian todos los argumentos que en pro del respeto que debe merecernos la dignidad del hombre pudiéramos esgrimir, y cuyo desconocimiento o ignorancia llevan a extremos indeseables y deplorables.

Alusión a la faz religiosa

Quizá con un dejo de fina ironía, para cohonestar el procedimiento que discutimos, se dice que «Dios, con su magnanimidad, perdonará una vez más» (vide

supra). Una vez más, o «siete veces», o «setenta veces siete», como se lee en los Evangelios. Lo contrario sería dudar de su misericordia, que es infinita. Pero si se apela a «su magnanimidad», y se descuenta «su perdón», ello significa implícitamente que se reconoce estar en falta, y su reiteración, voluntaria y obstinada, acaso pueda significar una provocación a la justicia divina.

Habíamos dicho que, tratando este asunto, preferíamos no entrar en el problema religioso; pero la respetuosa invocación a Dios, por parte del autor que evacua la encuesta comentada, nos conduce, casi sin quererlo, a ese terreno.

Solución del problema

Si descartamos el método criticado, y si los demás recursos son, en general, rechazados por los profesionales que se ocupan de este asunto, cabría preguntarse: ¿Cómo se le ha de resolver? En la consulta aludida se cita la prueba de Hünner, «única aceptada, según el autor, desde el punto de vista religioso»; pero también se la rechaza por ineficaz. Otro recurso es empleado por el mismo autor, en una encuesta anterior en que se habla de las indicaciones de la *biopsia testicular en los casos de esterilidad masculina*, afirmándose que ella «es necesaria e imprescindible en pacientes azoospérmicos y aconsejable en oligospérmicos...» [12]. Por su parte, Pasqualini [13] también se ocupa de la biopsia de testículo, destacando la sencillez de la intervención, que puede realizarse en pocos minutos, y la ausencia de todo riesgo. No obstante, aunque el tema es tratado al final del título «espermograma», no surge de su lectura que la biopsia pueda ser el recurso para el estudio de la capacidad fecundante de la glándula.

A los especializados compete pronunciarse sobre el problema. No está en nuestras manos sugerir soluciones. Sólo nos hemos propuesto, modestamente, provocar alguna inquietud en los interesados, con la esperanza y el deseo de llamarlos a la realidad, teniendo en cuenta que, si bien el método —pretendiéndose superar el absurdo que significa soslayar el aspecto moral— parecía ser el mejor, desde un punto de vista estrictamente científico, y si bien, por otra parte, pareciera no ser susceptible de crítica, en cuanto no desarrollara un daño físico objetivamente mensurable, sin embargo, por las razones expuestas, en cuanto es antifisiológico y antibiológico, pero muy especialmente en cuanto es atentatorio a la salud moral y a la dignidad humanas, contradice de todos modos el conocido lema: *Primum non nocere.*

¡Que el agravio moral no es menos trascendente que el de orden físico!

No dudamos, y así lo deseamos fervientemente, que nuestra invitación a meditar sobre esta cuestión provoque en espíritus bien inspirados una sana y firme repulsa por el método hasta ahora rutinariamente propuesto y aceptado, y surja la conclusión de que no siempre «lo mejor es amigo de lo bueno». Esto es, que cesemos ya de pretender «lo mejor» en materia de investigaciones *in anima nobile*, so pena de correr el riesgo de degradarla hasta considerarla y tratarla, precisamente, como *anima vili.*

RESUMEN

Ante el abuso creciente del examen espermático en el hombre para dilucidar problemas vinculados a una esterilidad matrimonial, el autor, con excelente criterio médico-moral, llama la atención sobre los peligros que supone la obtención de muestras por el propio sujeto mediante onanismo. Medio que hay que rechazar, aparte otras razones, como antifisiológico, antibiológico, degradante para la dignidad personal y atentatorio a la salud moral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kupman, A.—«El espermodiagnóstico en el estudio de la esterilidad matrimonial». *El Día Médico*, 14, 305. 1952.
2. Tyler, E.—«Aspectos fisiológicos y clínicos de la concepción». *El Día Médico*, 43, 1.143. 1954.
3. Casiello, A.—«Clase de Clínica Médica». *El Día Médico*, 30, 1.115. 1948.
4. Otamendi, B. A.—«Consulta: Procedimiento para obtener material para espermograma». *Orientación Médica*, 310, 852. 1958.
5. Martini, J. L.—«El aborto provocado ha dejado de ser un recurso terapéutico». *La Semana Médica*, LXIV, 555. 1957.
6. Casiello, A.—«Abusos de la hipnosis: responsabilidad moral del médico». *Prensa Médica Argentina*, 33, 2.599. 1957.
7. Centeno, A. M.—«La responsabilidad del médico, la dignidad del cuerpo y la experimentación humana». *Iatria*, enero 1954.
8. Royo-Villanova, R.—«Los remedios peligrosos». *El Día Médico*, 42, 1.113. 1954.
9. Uribe Cualla, G.—«La responsabilidad médica». *Rev. Conf. Méd. Panamer.*, mayo 1956.
10. Biot, R.—«Reflexiones sobre la moralidad de los métodos en Medicina». *Criterio*, 1.118, 388. 1953.
11. Nasio, J.—«El sentido moral en la investigación médica científica». *El Día Médico*, 52, 1.454. Año 1953.
12. Otamendi, B. A.—«Consultas: Indicaciones de la biopsia testicular en casos de esterilidad masculina». *Orientación Médica*, 287, 138. 1958.
13. Pasqualini, R.—«Endocrinología». *El Ateneo*, pág. 590. 1951.

Dirección: Buenos Aires, 1.450, Rosario (Argentina).

Conferencia pronunciada en la sesión del 12 de septiembre de 1958, en el Ateneo «Sanatorio Centro».

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 399 - TOMO LXVII
JUNIO 1959

CLÍNICA DE SAN FRANCISCO. INSTITUTO DE REHABILITACIÓN. ZARAGOZA.
Director: Dr. SERAL.

LA CINESITERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS ESCOLIOSIS

POR EL

DR. FRANCISCO SERAL Y CASAS

ZARAGOZA

CONCEPTO DE ESCOLIOSIS

DESDE que HIPÓCRATES, describiendo las gibas vertebrales, aplicó el vocablo *escoliosis* a las gibosidades laterales, todos sabemos que cuando la columna vertebral se desvía lateralmente estamos ante una escoliosis. El vocablo, que parece derivar de la palabra griega «skolion», *ir en zig-zag*, designa, pues, las incurvaciones del eje raquídeo en el plano frontal.

Esta definición dice algo, pero no todo. Una escoliosis es mucho más que una simple desviación. Es una deformación del tronco, en la que se asocia a la incurvación lateral un proceso de rotación o torsión de un segmento de la columna vertebral alrededor de un eje vertical. Rotación o torsión que es la determinante de los trastornos más importantes.

En efecto, el cambio en el eje va acompañado de rotaciones en los cuerpos vertebrales, desajustes articulares, artrosis por desgaste desigual. Y todo ello va acompañado también de deformaciones de costillas, de cambios de forma y de volumen en el tórax, de desplazamientos compresivos y aun de dislocaciones de vísceras.

Una escoliosis es, pues, un síndrome constituído por trastornos anatómicos funcionales y psíquicos, en el que lo más visible es la incurvación vertebral, siendo ésta la que llama la atención, aunque no resida en ella toda la importancia y trascendencia que puede alcanzar el síndrome.

FORMAS CLÍNICAS

El síndrome escoliosis puede obedecer a diversas causas. Unas intrínsecas, por afecciones, lesiones y deformidades propiamente vertebrales, y otras extrínsecas, que, por estar situadas fuera del espinazo, dan lugar secundariamente a diversos tipos de escoliosis.

Tal diversidad de origen da lugar también a una multiplicidad de tipos de escoliosis. Y así se encuentran en la práctica formas estáticas, antálgicas, paralíticas, respiratorias, congénitas, pótticas, raquíticas y postraumáticas, en cuyas denominaciones va implícita la causa que les dio origen, sus características y, lo que es más importante, la posibilidad de que serán curadas siempre que se pueda hacer cesar la causa que les dio origen. Formando grupo aparte, acreedora a tal distinción por ser grupo numeroso y, sobre todo, por su gravedad, se encuentra finalmente una forma de escoliosis, la idiopática, esencial o evolutiva de la adolescencia, cuya causa nos escapa, aunque se considere que es intrínseca, que ofrece características propias y cuyo tratamiento no puede ser etiológico.

Comunicación a las Sesiones Clínicas de la Facultad de Medicina (6 de marzo de 1959).

Junto a todas estas formas de escoliosis, hay que señalar la existencia de un grupo, también muy numeroso y de un gran interés desde el punto de vista de la cinesiterapia: el de las escoliosis con incurvación lateral, pero sin gibosidad y, por tanto, sin rotación. Que en rigor, y de acuerdo con el concepto expuesto, no son totalmente aún escoliosis, pero que pueden llegar a serlo.

Nos referimos a las formas que se ha convenido en llamar *actitudes escolióticas*, en las que la incurvación lateral es reducible en decúbito, y en las que la flexión anterior del tronco borra la incurvación sin que aparezca gibosidad dorsal ni ensilladura lumbar, que podrán llevar o no dentro, latente, la tendencia evolutiva que dará lugar en el curso del crecimiento vertebral a las más monstruosas deformaciones, pero por las que mucho se puede hacer y es por ello imperdonable que pasen inadvertidas o menospreciadas.

En general, y cualquiera que sea la causa del desequilibrio que produce la escoliosis, las incurvaciones adoptan bien la forma de incurvación única semejante a la letra C, derechas o izquierdas —más, estas últimas—, bien con curvaduras dobles que recuerdan en su configuración a una S. También las hay de triple curvadura, pero más raras.

Desde el punto de vista terapéutico, es muy importante diferenciar exactamente una de otra forma, como igualmente una simple actitud escoliótica de una forma esencial. Pero además importa mucho precisar el momento en que empezaron a manifestarse para saber cuánto tiempo hace que actúan las causas perturbadoras, la edad del enfermo y el estado del desarrollo general y óseo.

Y en todos los casos es fundamental concretar los factores que determinarán el tratamiento en cada momento, además del de la dirección de la incurvación y el número de las incurvaciones. Tales factores son: punto exacto del segmento que se desvía, localización precisa del vértice de cada incurvación y sitio de las torsiones y gibosidades.

Cada enfermo y cada forma de escoliosis plantea un problema de muchos factores, que sólo podrá intentarse resolver satisfactoriamente conociendo éstos previamente y estudiándolos con gran atención.

CÓMO SE LLEGA A LA ESCOLIOSIS Y CÓMO EVOLUCIONA

Sabemos que unas veces progresan las escoliosis mientras dura el crecimiento. Pero también se observan otros casos que, iniciados en la primera infancia, no sufren ya posterior progresión, quedando invariables durante el resto del crecimiento. Como igualmente que se encuentran casos en los que la agravación tiene lugar mucho tiempo después de haber terminado el crecimiento.

¿Por qué unas veces se detienen espontáneamente en su evolución en grados discretos o medios y ya no progresan?

¿Por qué otras veces se detienen y un mal día, cuando parece alejado el peligro, viene el derrumbamiento?

Y esto ocurre con cualquier clase de tratamiento que se siga y también si no se sigue ninguno. Precisamente, y como contraste curioso, en esta posibilidad de detención espontánea, por causas que ignoramos, es quizá donde se encuentra la explicación de los mejores éxitos de cualquier tratamiento. Y la de los fracasos que siguen a los éxitos, cuando volvemos a aplicar en casos aparentemente análogos la misma terapéutica.

En algunas escoliosis, concretamente en las secundarias por causas extrínsecas, se puede determinar el factor etiológico causante del desequilibrio inicial de la columna. Y establecer cómo se llega a la deformidad. Pero no en todos los casos. Y, desde luego, en las formas idiopáticas, las causas etiológicas se nos escapan y las continuamos ignorando.

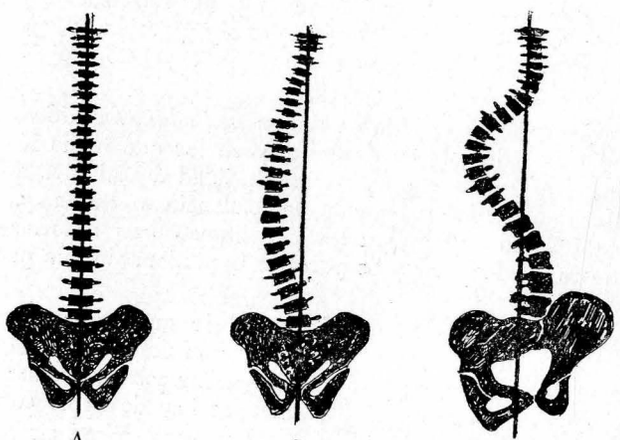


Fig. 1

A.—En una columna vertebral normal la fuerza de gravedad se distribuye uniformemente sobre cada lado de las epífisis vertebrales.

B.—Una vez iniciada la incurvación lateral, la distribución resulta desigual, siendo mayor la presión en el lado de la concavidad, lo cual modifica la estructura de las trabéculas óseas epifisarias y disminuye el crecimiento vertebral en el lado de la compresión.

C.—Como consecuencia, los cuerpos vertebrales experimentan una deformación cuneiforme y se origina una escoliosis.

(Tomado de F. Fusi.)

Ahora bien, siendo esto cierto para el desequilibrio inicial, una vez desviada lateralmente la columna, la explicación de la evolución progresiva ya es más fácil. Sobre todo, en las formas de escoliosis que se presentan en la edad del crecimiento y desarrollo óseo. Esta explicación nos la dieron ya Hüter y Volkmann con la *ley de la presión sobre el hueso en crecimiento* (figura 1).

Con arreglo a esta ley, la presión reduce el crecimiento, mientras que la descarga lo favorece y acelera.

En el caso concreto de las incurvaciones laterales del espinazo, una vez iniciadas éstas, las presiones no se distribuyen por igual sobre cada vértebra. En el lado de la concavidad, la presión sobre los cuerpos vertebrales correspondientes será mayor que la soportada por los mismos cuerpos en el lado de la convexidad. Esta condición, dada la particular plasticidad del hueso juvenil, obstaculiza notablemente el crecimiento vertebral en el lado cóncavo, donde la presión está notablemente aumentada, mientras la favorece en el lado convexo, donde la presión resulta disminuída, De aquí la razón del curso a menudo grave de una desviación escoliótica que tenga su comienzo durante el período de crecimiento vertebral.

Otras explicaciones o interpretaciones de cómo se llega a la escoliosis, o sea, de la patomecánica, se pueden encontrar en un gran número de teorías como las de Harrestein, Meyer, Feiss, Dickson, Guerin, Lovett, Jansen, Rogers, etcétera. Pero no entra en nuestro propósito del momento estudiar ampliamente e interpretar la escoliosis. Nuestro objetivo, más modesto, se orienta hacia lo práctico. Y si citamos estas teorías es porque en ellas se pueden encontrar y estudiar los factores e influencias escoliosígenas que sirven de base a un bien orientado tratamiento cinesiterápico y el porqué de los resultados que con el mismo pueden conseguirse.

En tal sentido, consideramos fundamentales las *teorías del desequilibrio muscular de* Rogers. Con ellas se puede explicar bien cómo y por qué se llega a la escoliosis en gran número de casos. Pero además nos dan las bases para un tratamiento ideal.

Sintetizando, para explicar la acción dinámica de los músculos sobre la columna verebral, divide Rogers la musculatura del tronco en cuatro grupos principales: *un grupo de flexores* (largos de cuello, esterno-cleido-mastoideos, rectos abdominales, intercostales, oblicuos y psoas ilíaco; *un grupo de extensores* (inter-espinosos, sacro-espinales, erectores del tronco, cuello y cabeza; intertransversos); otro *grupo de músculos rotatorios profundos* (multifidos, semiespinal del cuello y del dorso, esplenios); por último, *músculos de tracción transversa* (transverso abdominal, romboides, trapecio, dorsal ancho, sacroespinales y cuadrado de los lomos).



Fig. 2.—Radiografía de una escoliosis esencial progresiva desarrollada ya en toda su intensidad cuando llegó a nuestro Instituto de Rehabilitación, que habla elocuentemente de la necesidad de un diagnóstico precoz para evitar tales desastres.

Los principios mecánicos, según los cuales el desequilibrio muscular puede producir una rotación típica de las vértebras y, por lo tanto, una escoliosis, son reducidos por Rogers fundamentalmente a dos: el primero depende del efecto de cuerda de un gran arco representado por los flexores, que, como se sabe, se insertan de un lado a otro de la columna, sin contacto con las vértebras intermediarias, mientras que los extensores se insertan de metámero en metámero, en vértebras sucesivas. El segundo depende de la acción triple del músculo erector del tronco, cuya relajación de un solo lado produce incurvación lateral, rotación y cifosis.

El hecho de que la relajación de los músculos extensores produzca los tres elementos de la deformidad (incurvación lateral, cifosis y rotación) parece evidenciar, de acuerdo con esta teoría, que el tratamiento ideal de las escoliosis se logrará provocando una hiperextensión. Y si además logramos suprimir la carga asimétrica. neutralizando el efecto nocivo sobre la actividad osteogénica, contribuiremos, sin duda alguna, a corregir la deformidad. Más aún, actuando precozmente, evitaremos que la deformidad tenga lugar.

Como síntesis de gran valor práctico se puede decir que la evolución de una escoliosis depende, en definitiva, de dos factores: fuerzas o potencias deformantes y resistencia del esqueleto a deformarse. Lo cual podría expresarse con la siguiente fórmula:

$$E = \frac{P_d}{R}$$

significando, respectivamente: E, evolución; P , potencias deformantes, y R, resistencia de la columna, músculos y ligamentos.

Importancia y medios para llegar al diagnóstico precoz

En esta afección, como en tantas otras, el diagnóstico precoz es de una gran importancia. En otros procesos, una negligencia en intuir precozmente lo que va a venir, puede ser de consecuencias incluso vitales para el enfermo. Aquí, si el médico general que recibe las primeras alarmas de la madre cierra los ojos o no los abre ante el defecto que comienza, no podrá culpársele de que por ello se muera el enfermo, pero sí de haber contribuído con su descuido a que se desarrolle en toda su intensidad una deformidad que hará muy desgraciado a un semejante durante toda su vida. Y a que los cirujanos ortopédicos veamos todavía verdaderos desastres, algunos de los cuales pudieron ser evitados si al presentarse los primeros síntomas hubieran sido debidamente valorados (figura 2).

Hemos dicho anteriormente que la escoliosis puede obedecer a múltiples causas. Y es cierto también que en algunos casos, se haga lo que se haga, la afección progresa ineluctablemente. Sin embargo, como rotunda y expresivamente ha dicho el profesor Bastos, nunca está justificada la *actitud de indiferencia nihilista* que adoptan algunos médicos ante los enfermos de escoliosis. Ni puede justificar una actitud de abstencionismo. Unas veces, porque no los consideran como tales; otras, porque consideran inútiles todos los recursos terapéuticos propuestos para combatir la gibosidad progresiva. Del buen juicio del médico que en primera instancia ve al niño, depende el porvenir del caso.

Es, pues, de gran trascendencia no dejar pasar inadvertida, no ya una escoliosis hecha, cosa que no es posible si se mira al enfermo desnudo, sino ni aun una simple tendencia escoliótica. Hasta las más simples alteraciones, sobre todo en edad muy temprana, pueden presentar repentinos empeoramientos durante todo el período de crecimiento, que dejarán muy malparado el juicio pronóstico dado un poco alegremente, de que el niño no tiene nada.

Para llegar al diagnóstico precoz hay que pensar siempre en la escoliosis cuando una madre, justamente preocupada, lleva a un hijo, generalmente una hija, a su médico de cabecera para que le diga si tiene o no algo en la columna.

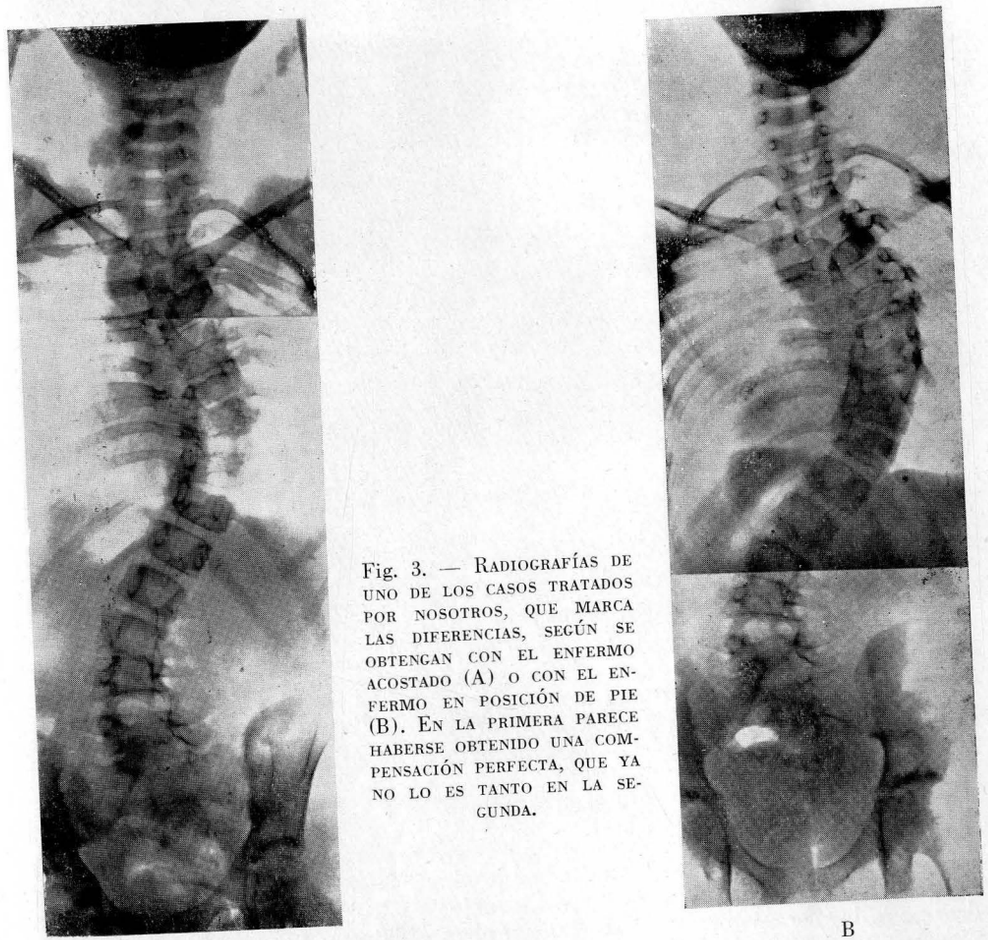
Es verdad que la escoliosis inicial apenas produce síntomas. Pero hay que diagnosticarla o, al menos, sospecharla. Y no basta con apreciar la escoliosis. Es necesario afinar más el diagnóstico y, en la medida de lo posible, precisar si es benigna o maligna. Para ello es indispensable una exploración clínica metódica, complementada con radiografías (figura 3), controles fotográficos y medida de curvas.

Por lo que hace a la exploración clínica, conviene practicarla con enfermo desnudo y descalzo; en pie y con el tronco en flexión. Hay que observar con especial cuidado si existen y la movilidad o fijeza de las curvas espinales; la posibilidad de rectificarlas activamente y nivelando la pelvis; medida comparativa del triángulo toracobraquial de ambos lados; determinación de la línea de gravedad del tronco, etc.

Habla en pro de la benignidad el que se *deshaga* la curvadura al nivelar la pelvis o flexionar la columna. Y en sentido contrario, su rigidez e invariabilidad. Como así también la gibosidad costal, signo evidente de la torsión del espinazo.

En este sentido diagnóstico conviene tener presente la edad de la madurez vertebral, más temprana para las hembras que para los varones, con el fin de determinar si ha cesado o está próxima a cesar la evolución de los cuerpos vertebrales.

Risser afirma haber identificado un signo radiográfico como *test* de dicha cesación (figura 4). El núcleo de osificación de la cresta ilíaca se hace evidente hacia la pubertad, y un año después de su aparición se suelda con la parte posterior del ala ilíaca, en correspondencia con la espina ilíaca posterosuperior. Tal encuentro, según Risser, coincide con el fin del crecimiento vertical de la columna.



A B

Fig. 3. — Radiografías de uno de los casos tratados por nosotros, que marca las diferencias, según se obtengan con el enfermo acostado (A) o con el enfermo en posición de pie (B). En la primera parece haberse obtenido una compensación perfecta, que ya no lo es tanto en la segunda.

Una medida eficacísima para llegar al diagnóstico precoz, y además simple y práctica es la de someter a revisión periódica a todos los jóvenes en edad escolar, con particular atención para aquellos en cuya familia existan otros escolióticos.

De estas revisiones periódicas masivas han salido conclusiones estadísticas que evidencian rotundamente la importancia del diagnóstico precoz de las desviaciones vertebrales. Según estas estadísticas, tan sólo un 20 por ciento son completamente normales. Un grupo numeroso, el 70 por ciento, lo forman niños que se tienen mal, pero que aún pueden enderezarse activamente y por los que mucho puede

hacerse tratándoles precozmente. El 10 por ciento restante corresponde a niños con deformidades netamente dibujadas, muchas veces totalmente irreductibles.

Objetivos a llenar y medios para tratar las escoliosis

Vaya por delante una afirmación rotunda: *La curación total de una escoliosis ya establecida es prácticamente imposible, si como criterio de curación se entiende la corrección completa de la incurvación vertebral.* Pero no menos rotundamente hay que afirmar también que la curación clínica puede alcanzarse con el tratamiento conservador en cerca del 70 por ciento de las escoliosis. Schede llega a afirmar que con un tratamiento oportuno, comenzado muy precozmente, se puede conseguir la curación de la escoliosis en casi el 100 por ciento de los casos. Nosotros no somos tan optimistas; pero sí nos atrevemos a decir que del 80 al 90 por ciento de las escoliosis pueden llegar a compensarse al fin del crecimiento, aunque se conserve estacionario el valor de la curva. Bien entendido que este porcentaje de resultados sólo se alcanza si se inicia precozmente el tratamiento.

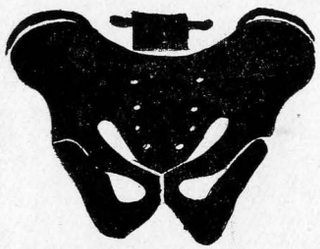


Fig. 4.—Signo radiográfico de Risser, que marca la cesación del crecimiento vertebral.

Los objetivos a llenar en el tratamiento de las escoliosis, de acuerdo con las conclusiones a que se ha llegado en los últimos cincuenta años, los sintetiza muy bien el doctor Franco Fusi, de la escuela italiana del profesor Re, como sigue:

Primer objetivo: Detener el curso progresivo de la deformidad.

Segundo objetivo: Corregir en el límite de lo posible la curvadura escoliótica.

Tercer objetivo: Mantener la corrección obtenida, al menos hasta la cesación del crecimiento vertebral.

Estos objetivos se pueden alcanzar con los siguientes medios:

1) Gimnasia ortopédica.
2) Aparatos de tracción.
3) Corsés enyesados y ortopédicos de sostén y correctivos.
4) Artrodesis espinovertebral.

Gimnasia activa.—Todos los métodos de gimnasia que actualmente se practican pueden ser útiles. Con ellos se logra un mejor control activo de la persona y se desarrolla la musculatura respiratoria, con el consiguiente aumento de la capacidad pulmonar, habitualmente disminuída en los escolióticos.

Ahora bien, pretender la corrección de una curva por la simple vigorización de los músculos en general, esto es, con la práctica de un simple método de gimnasia, es algo que nadie pretende hoy.

Para alcanzar este objetivo hay que recurrir a la gimnasia ortopédica.

Los ejercicios deben ser vigilados por personal fisioterapeuta con conocimientos suficientes para controlar la evolución de una escoliosis e impedir los inconvenientes y peligros derivados de ejercicios contraindicados.

Aparatos de tracción.—El uso de aparatos mecánicos se puede decir que ha desaparecido de la práctica. Con ellos se pretendía distender las partes blandas contraídas y corregir la curva previa movilización de la columna vertebral.

Corsés enyesados y ortopédicos.— Estos pueden ser de sostén y corrección. A nuestro entender, son en general de escasa o ninguna utilidad. Si la escoliosis es inicial, tenemos tratamientos activos mucho más eficaces. Aplicar un corsé a un niño que se deforma es condenarlo de por vida a llevar un aparato. Y es quitarle también las posibilidades de una compensación de su enfermedad.

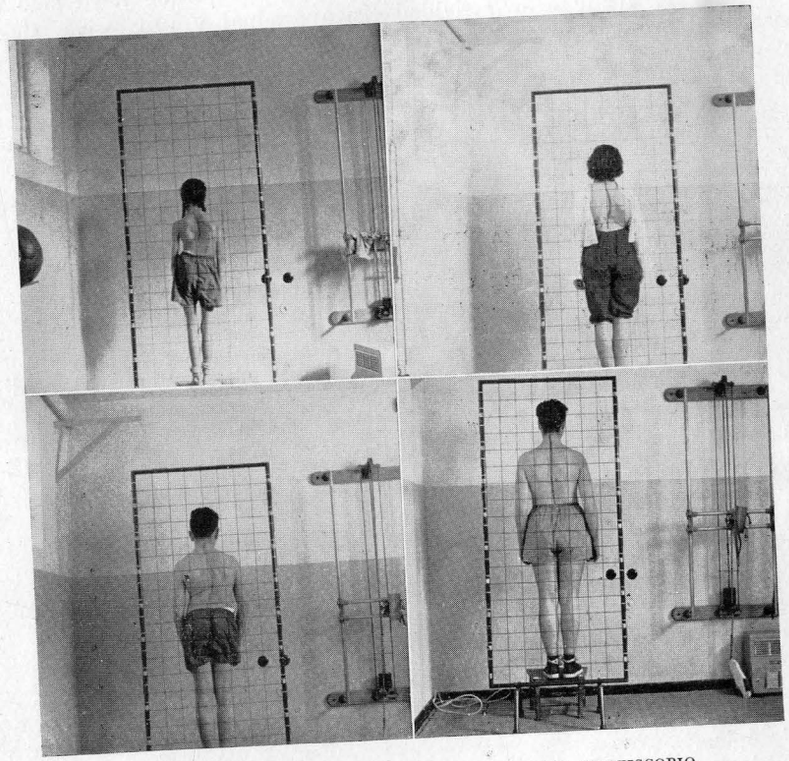


Fig. 5.—Fotografías de varios enfermos en estatiscopio.

Cuando la escoliosis tiene tendencia a agravarse, ningún aparato es capaz de detener su evolución maligna. Aun reconociendo que existen aparatos como el de Schmidt, con presión lateral y tracción continua, que son muy sugestivos y que parecen permitir la estación erguida sin interferir la deambulación del enfermo. Para la construcción y adaptación de estos aparatos se requiere el concurso de hábiles y competentes mecánicos ortopédicos, que no en todas partes se encuentran.

Acaso haya que hacer una excepción con el corsé correctivo de Risser, basado, como se sabe, en la ley de Hüter y Volkmann, y con el cual se pretende invertir la dirección de la fuerza deformante que provoca la rotación y el aplastamiento vertebral. Pero tiene muchos inconvenientes.

Artrodesis espinovertebral.—Cuando no se consigue ningún resultado con los métodos conservadores, puede ser considerada la conveniencia de una intervención quirúrgica de artrodesis vertebral.

Estas indicaciones se presentan solamente en el 2 por ciento de los casos, y con-

viene tener presente que no protegen totalmente de una posterior agravación de la deformidad.

La intervención es difícil. Y el bloqueo óseo no llega a neutralizar la fuerza deformante.

La recaída puede ser debida a muchos factores. Pero aunque todo haya ido bien, la inmovilización postoperatoria en el corsé enyesado haya sido suficiente y correcta, y la vuelta a la actividad física gradual y progresiva, siempre nos amenaza la acción del *factor deformante desconocido,* que puede doblar la columna más correctamente bloqueada.

De estos diversos medios que quedan enunciados, y para no alejarnos de nuestro propósito, vamos a ocuparnos solamente de los que hacen referencia a la gimnasia ortopédica.

Concepto de cinesiterapia y requisitos que ha de reunir un tratamiento cinesiterápico

Los tratamientos por gimnasia requieren una técnica gímnica. Esto es, la realización de una serie de actos motores ejecutados por un ser humano con un fin determinado, que exigen gasto de energía y que se traducen en la ejecución de un trabajo. Esta técnica puede ser gímnica simple, correctora y ortopédica.

Al conjunto de actos dirigidos hacia una finalidad determinada se llama *cinesia,* correspondiendo a la cinesiología el estudio de la forma, el modo, la estructura y dosis de las cinesias, con vistas a su utilización para las necesidades del hombre. Y reservando para su aplicación concreta con fines terapéuticos el nombre de cinesiterapia.

Es conveniente observar que las cinesias terapéuticas ofrecen como característica ser queridas y ejecutadas por el propio enfermo. En su desarrollo se incluyen siempre una serie de etapas llamadas tiempos gímnicos, cada una de las cuales está netamente definida por su estructura anatomofisiológica propia. A esta sucesión de cada uno de los tiempos gímnicos que constituyen una cinesia también se la llama *serie cinética.* Y como tiempos esenciales de una cinesia, y pudiéramos decir de todas las cinesias, se han de marcar siempre los siguientes: posición inicial o de partida; actitud preparatoria; ejecución del movimiento; actitud final, y reposo fisiológico.

Para obtener los más rápidos y brillantes resultados del trabajo muscular, habrán de observarse los siguientes principios fundamentales:

1.º *Localización.*—Para corregir cualquier deformidad o simplemente una mala actitud, hay que determinar primeramente los músculos que la provocan o favorecen. Después, desarrollar y tonificar los músculos que la corrigen. A tal fin es indispensable que en la serie cinética establecida haya una cinesia dirigida exclusivamente al trabajo del músculo que queremos desarrollar. A más trabajo, como es sabido, mayor circulación, mejor nutrición, elevación del tono y subsiguiente desarrollo.

2.º *Repetición.*—Una vez localizado, es indispensable que el movimiento sea repetido un cierto número de veces seguidas, a fin de acumular los efectos sucesivamente producidos. Entre un mínimo de diez y un máximo de veinte contracciones sucesivas para cada movimiento, se encuentra el número óptimo. Si son menos de diez, son insuficientes; si exceden de veinte, se pueden provocar fenómenos de fatiga por acumulación en el músculo de los productos de desasimilación.

Además, la lección debe comprender para cada grupo muscular interesado dos o tres movimientos diferentes, con lo que se llega a un total de cuarenta a sesenta contracciones por lección para cada uno de los grupos.

Otra ventaja de la repetición es que ésta desarrolla la memoria fisiológica de las células nerviosas que ordenan el movimiento.

Hoy está admitido también que la repetición tiene más valor que la intensidad.

3.º *Resistencia.*—Para intensificar el trabajo del músculo, es conveniente, llegado un cierto momento, oponer al ejercicio muscular una resistencia. A tal fin conviene distinguir entre contracciones concéntricas y excéntricas.

Cuando la contracción muscular llega a vencer la resistencia que se le opone, el músculo se acorta, aproximando uno al otro sus dos puntos de inserción. Si la resistencia es más fuerte, el músculo, al contraerse, se alarga, y sus dos puntos de inserción se alejan uno de otro. En el primer caso, la contracción es concéntrica; en el segundo, excéntrica.

Una cinesia a base de contracciones concéntricas y de débil amplitud dará lugar a un músculo corto y globuloso. Por el contrario, una cinesia con contracciones excéntricas y de gran amplitud originará un músculo largo y fino.

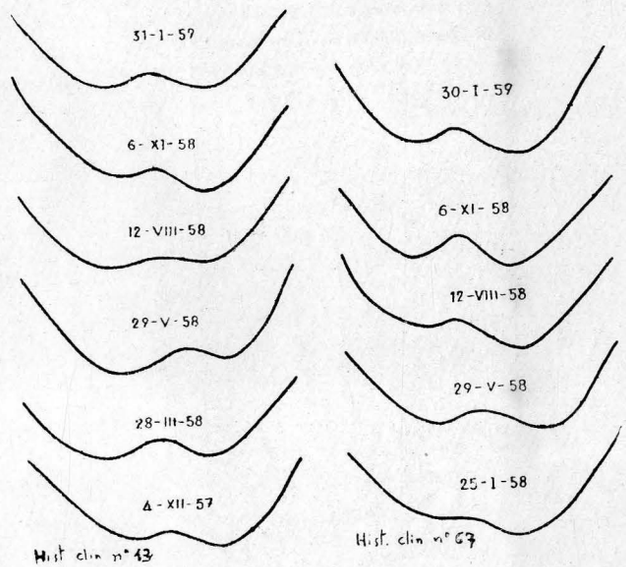


Fig. 6.—Curvas de enfermos en tratamiento, obtenidas con el Siltschenco, que permiten un control objetivo complementario, rápido y económico, de la evolución de la escoliosis y de los efectos del tratamiento.

Estos detalles conviene recordarlos según interese alargar o acortar los músculos. Y también según se trate de hembra o varón, por sus consecuencias estéticas.

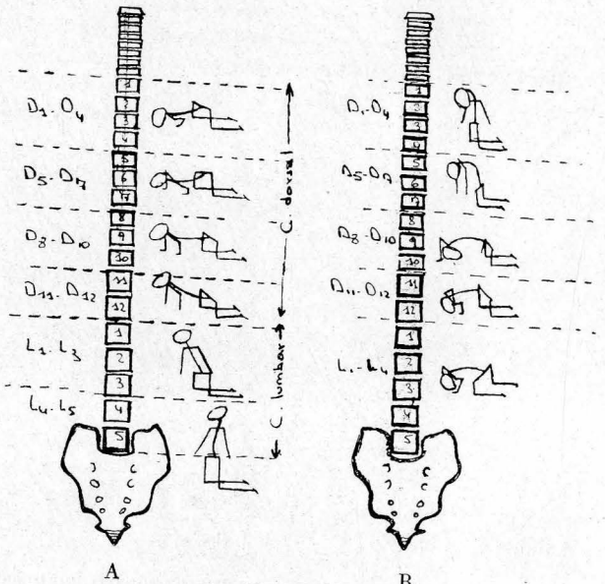
4.º *Ritmo.*—Los movimientos habrán de ser ejecutados con ritmo, variando éste según la parte a mover. Los movimientos del tronco, por ejemplo, serán más lentos que los del miembro inferior, y éstos más que los del brazo. Como norma general, el ritmo guardará relación con la respiración. Una cadencia media de dos a tres segundos por movimiento es suficiente.

Conviene advertir que los tratamientos cinésicos son largos y complicados. Es una terapéutica que ha de prolongarse durante meses y aun años. Pero pueden prevenir que la deformidad asuma aspectos graves. En presencia de cada forma clínica surgen indicaciones y contraindicaciones. Perseverancia por parte del enfermo e ilimitada paciencia por parte del cirujano ortopédico, son también requisitos indispensables.

Es aconsejable, antes de comenzar un tratamiento cinesiterápico, ilustrar al enfermo y a sus familiares sobre nuestras posibilidades terapéuticas, para evitar des-

agradables desilusiones sobre el resultado que es razonable esperar de la corrección de una curva escoliótica.

A la vez que el tratamiento cinesiterápico propiamente dicho, hay que aplicar diversas medidas preventivas. Fundamentalmente, las de corrección de aquellas condiciones que pueden favorecer la instauración o la agravación de la deformidad, como, por ejemplo, posiciones escoláticas viciadas, perturbaciones oculares o auditivas, eventuales torticolis y hasta particulares modalidades del vestido, que pueden favorecer actitudes incorrectas del tronco.



A B

Fig. 7

A.—Posiciones iniciales lordosadas necesarias para obtener el efecto corrector local de los distintos segmentos vertebrales.

B.—Posiciones iniciales cifosadas necesarias para obtener el efecto corrector local. *(Según A. Burger.)*

Es desaconsejable el matrimonio entre individuos escolióticos, dada la fuerte probabilidad de tener prole con la misma predisposición.

Es lamentable, pero hay que reconocer que las formas de escoliosis inicial que requieren un control mayormente asiduo continúan siendo subvaloradas por médicos generales y aun por pediatras, los cuales parecen ignorar la posibilidad de un empeoramiento rápido de la deformidad.

Estudiando estos problemas, es conveniente, como dice Le Grand-Lamblind, aconsejar modestia y prudencia a todos los que, a un título cualquiera, toman la iniciativa práctica de tratar incurvaciones laterales de la columna vertebral.

Valor de la cinesiterapia en el tratamiento de la escoliosis

¿Qué valor real tienen las técnicas cinesiológicas como agente terapéutico en ortopedia?

Analizadas en su composición anatomofisiológica, estas técnicas constituyen un agente terapéutico como cualquier otro, con sus indicaciones y contraindicaciones, según la forma clínica y la evolución de la enfermedad o afección que se quiera tratar con ellas.

Esto, por lo que hace a lo general. Por lo que respecta al tratamiento de las escoliosis en particular, es todavía objeto de discusión por parte de los especialistas. Pero es evidente, como dice muy bien Le Grand-Lambling, que hoy en día se han planteado ya jalones muy sólidos que permiten un estudio crítico sobre el particular. Y que los trabajos y publicaciones que se hacen en distintos centros

y servicios hospitalarios, con gran rigor experimental y profusa documentación de esquemas, fotografías y radiografías, han conquistado el respeto que merecen tales técnicas.

Si, por otra parte, se estudia con cuidado la suma de conocimientos que hacen falta para lanzarse a la elaboración de una técnica cinesiológica específica, con sus diferentes etapas y modalidades de progresión; si se quiere también medir la suma de cualidades pedagógicas que es preciso ser capaz de poner en juego para obtener de un enfermo la realización activa y estrictamente adecuada de estas técnicas, no se puede por menos que reconocer un valor a tales técnicas.

Hay que admitir, pues, que las técnicas gímnicas ocupan un destacado lugar en la cura de la escoliosis. Pero hay que tener muy presente que es una *medicación* muy activa, que es preciso manejar con gran precisión. Y que de su aplicación sin precisar bien los diferentes medios, o por errores de aplicación, pueden derivar graves consecuencias.

En otro orden de cosas, hay el siguiente argumento, que marca también el valor de la cinesiterapia en el tratamiento de las escoliosis:

Al que se tuerce, hay que devolverle el sentido de la posición. En los escolióticos que han perdido este sentido, hay que hacérseles encontrar nuevamente por los caminos de la compensación y del mantenimiento y conservación de ésta. Ambos objetivos, a través del desarrollo y fortalecimiento musculares, pueden alcanzarse con la cinesiterapia.

Plan a seguir para el tratamiento cinesiterápico de escoliosis y actitudes escolióticas

Esquemáticamente, el programa que desarrollamos cuando se nos confía un enfermo con deformidad real o aparente de columna vertebral, consta de las siguientes partes:

1.ª Reconocimiento clínico general y local. El primero, orientado preferentemente a conocer el estado anatómico y funcional de los aparatos cardiovascular y respiratorio. Y el segundo, dirigido a establecer si la deformidad existe, etiología, antigüedad, intensidad y posibilidades de corrección. Con estos datos se rellena la ficha correspondiente, en la que constan también los datos de edad, peso y talla que tiene y que debería tener a su edad, perímetro torácico y abdominal. Otras anomalías que puedan observarse.

2.ª Fotografía del enfermo desnudo en estatiscopio, en los casos con desviaciones laterales (figura 5).

3.ª Radiografías de frente y de perfil, en pie y acostado (figura 3), localizando el sitio del ángulo de las curvaduras vertebrales a tratar. Es de capital importancia conocer exactamente los diferentes segmentos de la columna vertebral afectados, ya que a dicho nivel debe partir el movimiento inicial o cinesia propiamente dicha (figura 7).

4.ª Establecimiento y puesta en práctica del programa de trabajo, que de una manera general, modificada según los casos, constará de:

a) Ejercicios iniciales respiratorios, para educar al enfermo y prepararle física y psíquicamente a colaborar de una manera activa en su tratamiento. Posteriormente, en toda sesión de trabajo se intercalarán ejercicios de este tipo al principio, en medio y al fin de cada sesión. Estos ejercicios de gimnasia respiratoria son de fundamental importancia. Sin que el enfermo aprenda a respirar y, sobre todo, a expirar, no se debe comenzar ningún tratamiento cinesiterápico. Se ha

dicho muy bien que someter a un niño de tórax estrecho y rígido, con cambios respiratorios reducidos, a realizar ejercicios gímnicos, es como poner el carro delante de los bueyes.

b) Ejercicios orientados al desarrollo de los grupos musculares que juegan un papel principal en la estática, trabajando particularmente los deficitarios.

c) Ejercicios específicamente correctores, agrupados en una cinesia cuyo efecto corrector hay que verificar con frecuencia, especialmente en las estaciones iniciales y en las actitudes finales. En estos ejercicios, según se trate de actitudes escolióticas totales o de escoliosis esenciales (con una sola curvadura lumbar izquierda o dorsal derecha) o escoliosis con doble curvadura lumbar izquierda y dorsal derecha más común, se utilizarán dos técnicas: cinesias segmentarias ejecutadas parado, o cinesias globales de deambulación (figura 7).

d) Ejercicios que contrarresten todo desequilibrio y que tienden a un armonioso equilibrio muscular y visceral.

e) Ejercicios de juegos diversos con los que se termina la sesión de trabajo, que suele durar de cuarenta y cinco a sesenta minutos, desarrollado en un ambiente agradable, de camaradería y estimulación común.

5.ª Controles periódicos radiográficos, clínicos y obtención de curvas de comparación con el Siltschenco (figura 6).

Con este plan de trabajo que nosotros seguimos, u otro coincidente con el mismo en sus líneas fundamentales, se pueden obtener excelentes resultados. Sobre todo, si son iniciados pronto. Pero hay que insistir en que la prescripción de la *medicación* cinesiológica debe tener presentes las indicaciones y contraindicaciones precisas en presencia de cada forma clínica de escoliosis. No es fácil hacer esta prescripción conscientemente, con responsabilidad. Y, desde luego, llevarla a la práctica es mucho más difícil. Hay que observar constantemente los efectos y contrastar su valor terapéutico en el curso de unos tratamientos que son siempre complejos y prolongados.

Conclusiones

1.ª La escoliosis es un síndrome constituído por trastornos anatómicos, funcionales y psíquicos, en el que lo más visible es la incurvación vertebral, aunque no resida en ésta toda la importancia y trascendencia que puede alcanzar el síndrome.

2.ª Tanto si se trata de una escoliosis esencial con tendencia progresiva, como de una desviación lateral secundaria del espinazo o de una simple actitud escoliótica, hay que actuar precozmente, confiando el enfermo a un especialista. El médico general y el pediatra que cierran los ojos o que no los abren ante un niño que se tuerce, y dejan pasar el tiempo óptimo para comenzar el tratamiento, contraen una grave responsabilidad.

3.ª Hay un 70 por ciento de niños que se tienen mal y que son candidatos a desviaciones y deformidades diversas, por los que mucho puede hacerse tratándoles precozmente. La revisión periódica de todos los jóvenes en edad escolar, con particular atención para aquellos en cuyas familias existan otros escolióticos, sería una medida profiláctica muy eficaz.

4.ª La escoliosis tratada precoz e intensamente durante toda la época del crecimiento, por medios cinesiterápicos, es susceptible de curación clínica en un gran porcentaje de casos. Con la cinesiterapia se pueden conseguir la compensación

de la incurvación vertebral, la recuperación del sentido de la posición por readaptación progresiva del sujeto a una estación en pie equilibrada y la posibilidad de reanudación de una actividad física y de una existencia normales.

5.ª Conviene tener presente que la cinesiterapia es una *medicación* muy activa, de la que pueden derivar grandes beneficios, pero también graves perjuicios si no se aplica correctamente.

RESUMEN

Se hace resaltar la importancia y trascendencia de la escoliosis, síndrome constituído por trastornos anatómicos, funcionales y psíquicos, en el que lo más visible es la incurvación vertebral, y que afecta a un considerable número de niños, por los que puede hacerse mucho a condición de iniciar precozmente y sin abandonos su tratamiento.

Se estudia cómo se llega a producir la escoliosis, cómo evoluciona y cuáles son los objetivos y medios para tratarla.

La cinesiterapia, aplicada durante la época del crecimiento, puede lograr la curación de un gran porcentaje de casos, consiguiendo la compensación de la incurvación vertebral, la recuperación del sentido de la posición por readaptación progresiva del sujeto y la reanudación de una actividad física y una existencia normales, siempre que sea precoz y correctamente llevada.

Dirección: Paseo de Colón, 2. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 399 - TOMO LXVII
JUNIO 1959

LA PRUEBA DE RADETSKY PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL EMBARAZO

POR LOS DOCTORES

C. CARRON y D. REULOS

PARÍS

EL procedimiento inicial empleado por RADETSKY en 1952 —que fue el primero en exponer esta idea— consistía en añadir a cinco centímetros cúbicos de orina unas gotas de tintura de iodo hasta lograr una coloración similar a la de ésta. En general, bastan tres gotas para las orinas de mujeres no embarazadas, y hasta diez gotas para aquellas procedentes de mujeres en estado de gestación. Calentando esta mezcla lentamente en un tubo de ensayo, si la mujer está embarazada el color vira hacia el rosa, en tanto que si la paciente no está embarazada, vira hacia el amarillo. Los trabajos posteriores han demostrado que la solución iodo-iodurada al 5 por ciento (Lugol fuerte del Codex) es más manejable y más fiel en las reacciones, quedando así definitivamente adoptada como reactivo.

MISISCHIA (1957), después de haber practicado más de tres mil tests en diversas épocas de la gestación, y después de un estudio comparativo con la reacción de la rana, concluye en señalar un 92'9 por ciento de resultados precisos, frente a un 82'9 por ciento conseguidos con la rana.

Para la exactitud de esta reacción son precisas las siguientes condiciones:

1.ª La muestra de orina debe ser del día. No es necesaria la primera orina de la mañana.

2.ª La orina debe conservarse a la temperatura del laboratorio (18 a 20°).

3.ª La orina debe ser ácida y en caso de alcalinidad puede acidificarse con un par de gotas de solución de ácido acético al 5 por ciento.

4.ª Toda orina alterada debe filtrarse.

MÉTODO

Después de determinar la densidad y pH de la orina, se colocan 2'5 c. c. en un tubo de ensayo y se le añaden dos gotas de solución de almidón al 1 por ciento y unas gotas de solución iodo-iodurada al 5 por ciento.

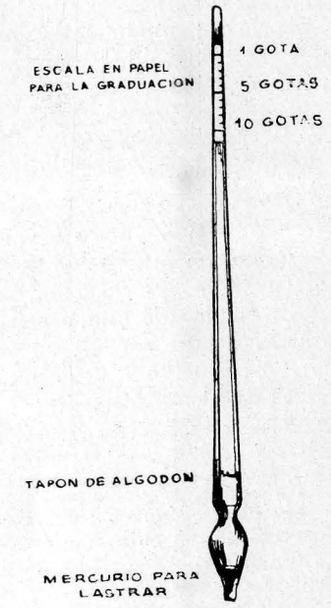
Se tendrá en cuenta la densidad según el cuadro siguiente:

Densidad de 1.000 a 1.005	.....	1 gota de Lugol
» de 1.006 a 1.010	.....	2 gotas » »
» de 1.011 a 1.015	.....	3 » » »
» de 1.016 a 1.020	.....	4 » » »
» de 1.021 a 1.025	.....	5 » » »
» de 1.026 a 1.030	.....	6 » » »

Una coloración oscura (color caoba o tabaco) aparece rápidamente; la orina, calentada lentamente, vira hacia el *rosa* en el momento de la ebullición (claro u oscuro, según la densidad) *si la mujer está embarazada*. En la mujer *no grávida*, la orina vira hacia el *amarillo*. Esta coloración desaparece rápidamente y no es visible tres minutos después.

Tenemos costumbre de calentar en otro tubo de ensayo 2'5 c. c. de orina, como testigo, a fin de comparar la coloración.

Las orinas alcalinas pueden dar resultados falsamente negativos. Basta entonces añadir una o dos gotas de la solución de ácido acético al 5 por ciento y repetir la reacción añadiéndole una gota suplementaria de solución de Lugol, para que dé una coloración azul-negruzca antes de calentar. Este inconveniente debe evitarse mediante el control sistemático del pH y de la densidad.



A este respecto, uno de nosotros ha ideado un densímetro muy fino, utilizable en un tubo de ensayo corriente (véase esquema).

Esta reacción química del embarazo se explica, según SOLLMAN, por la combinación de epinefrina y de norepinefrina, procedente de la porción medular suprarrenal materna y de las fibras nerviosas adrenérgicas.

La epinefrina o adrenalina, hormona secretada por la medular suprarrenal, es la más clásica de las hormonas, demostrable por diversos colorantes.

Conocemos la reacción de Vulpian, la reacción de Henle, la reacción de Mulón y, finalmente, la reacción de Abelous, muy sensible, que da una coloración rosa con la tintura de iodo. Estas reacciones pueden descubrir la presencia de adrenalina en los líquidos orgánicos.

Normalmente, estas hormonas son destruídas por el organismo; pero durante el embarazo, un supuesto aumento de la secreción de adrenalina puede pasar a la orina, en cantidades lo suficientemente importantes para provocar esta reacción rosa.

Nosotros hemos realizado sistemáticamente esta prueba en mujeres embarazadas o en presuntas gestantes, durante un año, en un total de unos trescientos cincuenta casos, y podemos afirmar que el tanto por ciento de resultados precisos es del orden del 90 por ciento. El 10 por ciento de resultados negativos, en mujeres verdaderamente embarazadas, es debido al exceso de sensibilidad solicitado a esta reacción, pues hemos querido diagnosticar gestaciones hasta de dos semanas, lo cual es difícil.

Un embarazo de quince días da un tinte ligeramente rosado, demostrable simplemente sobre un fondo blanco.

Comunicación a la «Societé Française de Gynecologie» de París, en la sesión celebrada el 15 de diciembre de 1958. Traducción directa del original francés por don Ricardo Horno Liria.

En el caso de alteración hormonal, comprometiendo la vida y evolución del embarazo, el test de Radetsky permite diagnosticar la marcha hacia el aborto por la disminución y desaparición del tinte rosado durante la reacción.

Una de nuestras observaciones es muy interesante en este aspecto:

Señora O., de 23 años, y que ya ha tenido dos abortos ovulares. Actualmente el embarazo es de seis meses y las dosificaciones hormonales dan las siguientes cifras:

Vel. urinaria	9'30	c. c./24 h.
Creatinina	1'23	gr./24 h.
3 a – OH (G. B. S. 13)	28'9	mgr./24 h.
Pregnandiol	5'2	mgr./24 h.
Foliculina	40	ug /24 h.
17-cetosteroides	16'5	mgr./24 h.

Informe del profesor JAYLE, Escuela de Puericultura.

Conclusión: Es posible que este embarazo evolucione, pero presenta una insuficiencia folículo-luteínica importante, asociada a una hiperandrogenia apreciable, que, asociada a las hemorragias, obliga a sentar grandes reservas sobre su pronóstico.

El test de Redetsky es debidamente positivo y no ha sido influído por la administración de fuertes dosis de estrógenos. El aborto tuvo lugar diez días después.

Después del parto la reacción se hace negativa hacia el quinto u octavo días, sin ser influída por la lactancia.

Como *conclusión*, este test químico del embarazo se revela como muy sensible, ya que su tanto por ciento de precisión puede evaluarse alrededor del 92 por ciento.

El empleo de esta prueba podría generalizarse sin olvidar que en Francia su práctica estaría sometida a las prescripciones del decreto-ley de 16 de septiembre de 1939, artículo 7, es decir: orden médica, registro especial y presentación de las piezas de identidad.

RESUMEN

Se describe el test expuesto por RADETSKY *en 1952, con el cual, y por medios químicos, se llega al diagnóstico del embarazo con un 92 por ciento de resultados positivos, muy superior al conseguido con otras pruebas, como la de la rana.*

Los autores lo han empleado en trescientos cincuenta casos, con una positividad de un 90 por ciento, y se muestran satisfechos de su empleo, pensando que su uso debe difundirse.

BIBLIOGRAFÍA

1. FRIED, P., and RAKO F. F., A. F.—«Inadequacies of the Frog Pregnancy test». *Obst Gynec.*, 6, 12. 1955.
2. HAWK, P. B. O., and SUMMERSON, W.—«Practical Physiological Chemisty», pág. 76. Philadelphia, Blakiston C.º, 1947.
3. MISISCHIA, N.—«Use of Lugol's solution and Starch in testing for Pregnancy: experimental use». *Obst. and Gynec. Surg.*, 1957.
4. RADETSKY, W.—«Pregnancy test with iodure compounds internat». *M. Digest*, 61, 23. 1952.
5. SOLLMAN, T.—«A Manual of Pharmacology», p. 377-378. Philadelphia, Saunders C.º, 1949.
6. VON EULER, U. S.—«Phisiologic basis for the clinical use of noradrenaline». *Ann. Int. Med.*, 11, 699. 1954.
7. VON EULER, U. S.—Noradrenaline Springfield III». Introduction, p. X. Charles C. Thomas, 1956.

Dirección: 117, Boulevard Bineau Neuilly, París.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 399 - TOMO LXVII
JUNIO 1959

HOSPITAL CIVIL DE SAN ANTONIO ABAD. SERVICIO DE MEDICINA.

IMÁGENES PSEUDOTUMORALES MEDIASTÍNICAS

POR EL

DR. CARLOS GARCÍA DEL RÍO

SAN SEBASTIÁN

I

Las imágenes radiográficas pulmonares —sobre todo, las mediastínicas— se prestan numerosas veces a la discusión, persistiendo la incertidumbre del clínico hasta que medios especiales de diagnóstico o la evolución insospechada de las lesiones nos dan la clave del diagnóstico.

Métodos cruentos de diagnóstico deben emplearse siempre que éste persista dudoso; pero, a veces, la mejoría subjetiva del enfermo e impresión subjetiva de benignidad de las imágenes obligan a establecer un compás de espera.

II

Presentamos a continuación dos casos de características clínicas semejantes:

CASO N.º 1.—Enfermo J. I. U., de 51 años, soltero, pintor de profesión, natural de Alza (Guipúzcoa). Ingresa el 24 - II - 1958.

Antecedentes familiares: Padre muerto en accidente. Madre vive bien. Un hermano, bien.

Antecedentes personales: Sífilis tratada con neo y penicilina. Paludismo. El último acceso febril fué el año pasado y duró veinticuatro horas. Por los análisis se deduce fiebre terciaria. Diagnosticado de «asma de corazón» hace tres años.

Historia de la enfermedad actual: Hace siete días, después de un golpe de tos, notó la expectoración teñida en sangre roja. Días anteriores había notado escalofríos y fiebre, no comprobada. Sudores nocturnos. Anorexia. Disnea de esfuerzo. Edemas maleolares desde hace dos años. Al principio estos edemas remitían con el reposo; ahora, no. Las comidas le sientan bien. Bien de vientre. No palpitaciones. Orinas colúricas. Duerme bien, pero sueña frecuentemente. No cefaleas ni mareos.

Desde hace mes y medio, dolor en precordio, en forma de pinchazo. Hay un dato de dolor peroxístico en precordio, coincidiendo con un esfuerzo.

Exploración al ingreso.—Aspecto general: mal estado de nutrición. Amarillo pajizo.

Aparato respiratorio: Piezas bucales en mal estado de conservación. Faringe, normal. No adenopatías. Respiración: movimientos disminuídos en ambos hemitórax y con participación abdominal. Algunas sibilancias en hemitórax derecho. No congestión de bases.

Aparato circulatorio: Tonos apagados, rítmicos. No se aprecian soplos. T. A., 11-7. Pulso, 82.

Aparato digestivo: Ligera defensa en hipocondrio derecho. No se palpa ni hígado ni bazo. No se percibe nada patológico.

Sistema nervioso: Las pupilas reaccionan bien a la luz y a la distancia. Reflejos tendinosos y periósticos, normales.

Rayos X: Tumoración redondeada, mediastínica, del tamaño de naranja pequeña, en hilio izquierdo, de poca intensidad.

Análisis.—Orina: albúmina (no contiene); glucosa (—); sed: no se aprecia nada patológico; V. S., 65; urea, 0'30 gr. por mil; Wasserman y complementarias (—). Hemograma: hematíes, 4.248.000; leucocitos, 10.120; hemgl., 75 por ciento; polis, 58; linfocitos, 36; monocitos, 4; trans., 0; eosinófilos, 2; bas., 0.

Tratamiento: Coramina; penicilina (600.000 unidades).

20 - IV - 58. Se encuentra mejor. La fiebre desapareció a los seis días del tratamiento. Fué mejorando subjetivamente. Gana de peso y mejora el apetito. Unicamente se queja de algunas punzadas en costado izquierdo. Tos seca, de escasa intensidad. No se puede recoger expectoración para un examen.

20 - IV - 58. Broncoscopia. Se efectúa bajo anestesia general, después de una tentativa infructuosa con anestesia local.

Tráquea y bronquios, normales, que se pueden observar perfectamente, así como los lobulares son de configuración y calibre normales. La mucosa es normal. No se observa ninguna anomalía de forma ni signos de compresión. V. S., 6.

Hemograma: hematíes, 4.269.000; leucocitos, 6.740; polis, 68; linfocitos, 23; monocitos, 6; trans., 0; eosinófilos, 1; bas., 0.

Se efectúa días después una nueva exploración radiológica, comprobándose que la imagen ha desaparecido.

CASO N.º 2.—M. P., de 30 años de edad, soltero, peón de profesión, natural de Cáceres y domiciliado en Rentería. Ingresa el 13 - I - 1958.

Antecedentes familiares: Padre muerto de congestión. Madre sana. Nueve hermanos, sanos; dos, muertos de pequeños.

Antecedentes personales: Infancia, las propias. Pubertad: El año 1948 estuvo diez días con fiebre. Tratado con unas pastillas. No venéreas.

Historia de la enfermedad actual: Hace quince días empezó con destemplanza y anorexia. Al día siguiente le aparece mucha tos, con abundante expectoración de color blancuzco, pero muy pegajosa. Más tarde nota molestias en región lumbar, ambos lados, molestias que se localizan en región costal izquierda en forma de dolor. Dice que notó calentura desde el segundo día, de forma continua hasta hoy. Nota dolor en pecho y costado izquierdo con el esfuerzo de tos. Algo de anorexia. Estreñido desde el día de ingreso. Orinas colúricas.

Exploración al ingreso.—Aspecto general: Enfermo algo desnutrido, con buena coloración de piel y mucosas. No dolor a la percusión de cráneo. No adenopatías. Cuello, sin salto vascular. Tiroides, normal.

Aparato respiratorio: Abolición de murmullo vesicular en base de hemitórax izquierdo; algunos estertores crepitantes en esta zona y disminución de las vibraciones vocales sobre la misma.

Aparato circulatorio: tonos normales. T. A., 12'5 y 7'5. Pulso, 74.

Aparato digestivo: No se palpa hígado ni bazo; no dolor a la presión. Faringe y amígdalas, enrojecidas.

Sistema nervioso: Reflejos tendinosos y periósticos normales. Sensibilidad, normal.

Rayos X: Tórax: imagen de opacidad en hemitórax izquierdo, de escasa densidad, algodonosa, que se extiende desde región infraclavicular hasta base, ocupando la zona parahiliar y media y dejando libre la parte periférica. El borde periférico, bien delimitado. Borde interno se confunde con hilio.

Análisis.—V. S., 85. (I. K.) Wasserman (—); R. Cassoni (—). Hemograma: hematíes, 3.988.000; leucocitos, 21.500; hemgl., 75 por ciento; polis, 77; linfocitos, 20; monocitos, 3; trans., 0; eosinófilos, 0; bas., 0.

Orina: albúmina (—); glucosa (—); pigmentos y urobilina (—); sed.: sin elementos patológicos.

Esputos: baciloscopia (—); flora bacteriana mixta.

Tratamiento: Penicilina, 600.000 unidades diarias.

8 - II - 58. Desaparece la fiebre y la sintomatología general. El enfermo se encuentra mejor. No se aprecian estertores, pero persiste disminución de murmullo vesicular en la misma zona. V. S.: 20. Hemograma: hematíes, 4.368.000; leucocitos, 8.100; hemgl., 90 por ciento; polinucleados, 73; linfocitos, 22; monocitos, 4; trans., 0; eosinófilos, 1; bas., 0.

26 - III - 58. Broncoscopia. El broncoscopio penetra bien. Bronquio principal izquierdo, con dos granulomas del tamaño de una cabeza de alfiler, que no producen ninguna dificultad al paso del broncoscopio; de color blanquecino. No se observa ninguna otra anomalía. Todo el árbol bronquial es perfectamente permeable, de calibre normal. Mucosa, normal.

1 - IV - 58. El enfermo sigue en buen estado. Apirético, sin tos, con buen apetito. Sigue mejorando el estado general. No se hace ningún tratamiento. Las imágenes radiográficas persisten con las mismas características.

V. S.: 4. Hemograma: hematíes, 4.319.000; leucocitos, 10.000; hemgl., 65 por ciento; polinucleados, 62; linfocitos, 30; monocitos, 6; trans., 0; eosinófilos, 2; bas., 0.

26 - IV - 58. Se inicia un neumotórax diagnóstico, que se debe abandonar después de la segunda punción por sínfisis pleural y presiones positivas.

3 - V - 58. Sin ningún tratamiento previo, las imágenes radiográficas desaparecen. El estado general del enfermo continúa siendo bueno.

III

Ambos ingresaron en el servicio hospitalario por un cuadro febril agudo con síntomas respiratorios. Radiológicamente presentaban imágenes mediastínicas de forma pseudotumoral, de tamaño desigual en ambos; en el primero, como una nuez, aproximadamente, y en el segundo, del tamaño de una naranja grande, de escasa densidad, forma redondeada, límites netos y bien definidos y cuya base asentaba en mediastino. La densidad en ambos era pequeña, pudiéndose ver imágenes fibrosas, lineales y reticulares a su través. En el primer caso, de tamaño más pequeño, ocupaba mediastino superior y anterior, y en el segundo ocupaba mediastino superior desde zona infraclavicular hasta base.

La sintomatología subjetiva desapareció a los pocos días, lo mismo el cuadro febril que los síntomas respiratorios y generales. Pero la imagen radiográfica persistió durante varios meses. Señalaremos que el primer enfermo acusaba en su interrogatorio algún esputo hemoptoico; pero durante el tiempo que estuvo internado en el Servicio no tuvo ningún episodio parecido.

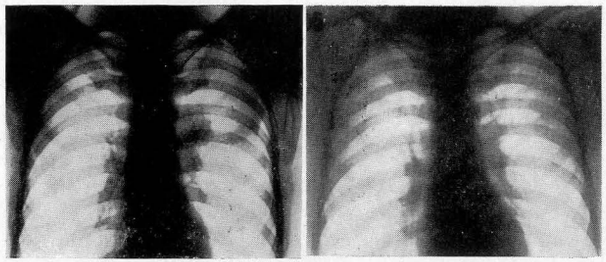
IV

El diagnóstico diferencial, desde el punto de vista radiológico, se prestaba a diversas conjeturas. Era evidente que podía tratarse de imágenes inflamatorias, tumorales (en el más amplio sentido de la palabra), atelectasia, adenopatías o imágenes quísticas. La exacta delimitación de sus bordes, forma redondeada y situación, podían hacer pensar en tumoraciones mediastínicas (quistes, quistes dermoides, tumores, etc.); pero la escasa densidad de sus sombras, las imágenes reticulares que podían observarse a su través, el resultado de la broncoscopia, hablaban en contra de este supuesto. En el de mayor tamaño se planteó el problema diagnóstico con un neurinoma, a pesar de la poca densidad de la sombra, ya que en el examen radioscópico efectuado parecía observarse que ocupaba el mediastino posterior, además de su forma semirredondeada con base mediastínica.

Las mismas objeciones se pueden poner a las adenopatías, además de no ser completamente mediastínicas, pues observando detenidamente las placas, se observa que están separadas del mediastino por una imagen de tejido claro pulmonar. No tienen tampoco reacción inflamatoria periadenopática. En contra del diagnóstico de probables imágenes inflamatorias, a cuyo favor hablaba el cuadro clínico, estaba la perfecta delimitación de las imágenes y no los contornos espiculados de las neumonitis en su fase intersticial. Las atelectasias no suelen dar estas formas en las imágenes radiológicas frontales, y tampoco se encontraron otros signos clínicos y broncoscópicos, lo mismo intra que extrabronquiales, que abogaran en su favor.

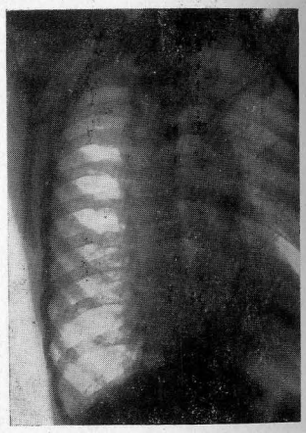
V

El hecho a destacar es la desaparición espontánea, fuera de todo tratamiento, y el hecho de producirse éste a continuación de dos traumatismos sobre aparato

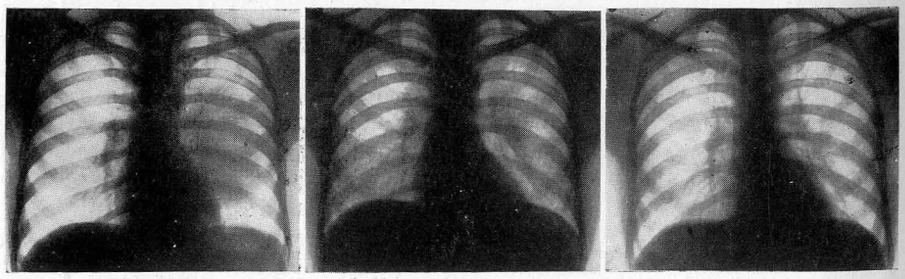


RADIOGRAFÍAS CORRESPONDIENTES AL CASO N.º 1: AL INGRESO Y AL SER DADO DE ALTA.

respiratorio: broncoscopia, en un caso; neumotórax intrapleural inoperante, en el segundo. Esto excluye la posibilidad de lesiones tumorales o quísticas (la desaparición se efectuó sin dejar ningún residuo). Lógicamente debemos pensar en una neumonía consecutiva a estenosis espástica de los bronquios, o a una imagen atelectásica producida por obliteración de los mismos por secreciones. El espasmo brónquico, más frecuente de lo que se cree, y las causas del mismo, son variadas. Citaremos los trabajos experimentales de TAKATA, FENN y JENKINSON, que, visualizando el árbol bronquial y procurando estímulos capaces de determinar estrechamientos de su luz, concluyeron que la estenosis espástica está dependiente del neumogástrico y que varios estímulos vagales la pueden producir. Como contraprueba, verificaron que todos estos fenómenos de constricción bronquial no se producían cuando los neumogástricos eran seccionados o los animales de experimentación, atropinizados. Consiguieron demostrar que inyectando bario en las venas y provocando embolias en las ramificaciones de la arteria pulmonar, el bronquio se estenosaba. Otras causas de espasmos bronquiales son de punto de partida abdominal. TAKATA refiere especialmente las producidas por tracción del mesenterio. Se señalan también espasmos bronquiales consecutivos al frío y a los traumatismos. La obliteración bronquial por secreciones o edemas se señala también con mucha frecuencia. En los dos enfermos que reseñamos se debe destacar, ante todo, la ausencia de signos inflamatorios o edema de mucosa bronquial observados en broncoscopia, lo cual limita las posibilidades puramente inflamatorias de la obstrucción, aun cuando el examen se realizó cierto



OTRA RADIOGRAFÍA DEL CASO N.º 1, EN EL CURSO DE SU OBSERVACIÓN.



RADIOGRAFÍAS PERTENECIENTES AL CASO N.º 2: A SU INGRESO EN ENERO; TRES MESES DESPUÉS, Y DESPUÉS DE LA EXPLORACIÓN BRONCOSCÓPICA.

tiempo después de su ingreso, una vez desaparecida la sintomatología general. El hecho de que ambas imágenes desaparecieran a continuación de una acción traumática sobre aparato respiratorio, pleural en un caso y bronquial en otro, hace sospechar que la patogenia fuera, en un tanto por ciento muy elevado, debida a un componente espástico, que desapareció por vía refleja a partir de un punto de irritación distante. Esta hipótesis no descarta del todo las posibilidades, pero es la única que nos permite explicarnos de una manera racional la desaparición súbita de ambas imágenes.

Las tomografías tomadas en el segundo de los enfermos después de la desaparición radiográfica indican que no existe ninguna alteración pulmonar o hiliar residual.

RESUMEN

Basándose en dos casos, se presentan algunas consideraciones sobre imágenes radiográficas pseudotumorales mediastínicas que ingresaron con cuadros febriles agudos, desapareciendo rápidamente la sintomatología, pero persistiendo las imágenes durante varios meses y planteando problemas diagnósticos.

Estas imágenes desaparecieron de modo espontáneo, fuera de todo tratamiento y a continuación de pequeños traumas sobre aparato respiratorio: broncoscopia, en un caso,y neumotórax intrapleural inoperante, en el otro.

Dirección: Hospital de San Antonio Abad, San Sebastián.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 399 - TOMO LXVII
JUNIO 1959

NOTAS PRÁCTICAS

HIPERHIDROSIS

POR EL

DR. JEAN MEYER

PARÍS

Los pacientes se quejan de una intensa transpiración regional: pies, manos, axilas y, más raramente, de la frente, cuero cabelludo, ingles, lomos [1]. Se añade a ello, sobre todo en los pliegues, una marcada maceración que condiciona el complejo de los pliegues de Gougerot, que conduce a la eczematización o a infección mixta debida a bacterias, levaduras y hongos. Además, puede existir bromidrosis, olor desagradable, en los pies y pliegues.

El *interrogatorio* lleva a dos clases de consideraciones:

¿Hay una transpiración excesiva, que podría depender de un trastorno del metabolismo del agua o de una absorción exagerada? Algunos beben varios vasos en la comida, y también fuera de las comidas, agravando así una tendencia regional a la hiperhidrosis.

Las perturbaciones neurovegetativas rara vez faltan. Hay, a veces, otras manifestaciones regionales: acrocianosis, prurito, trastornos circulatorios de las extremidades. Los factores psíquicos son evidentes: las manos de algunos sujetos chorrean con ocasión de una emoción. Todos acusan paroxismos de sudación en relación con sus reacciones afectivas.

La *causa* de la hiperhidrosis aparece hoy como una perturbación funcional de los centros nerviosos de la base del cráneo. La vía centrífuga sigue el simpático. La experimentación en el animal ha mostrado que la resección de los ganglios simpáticos corta la hipersecreción sudoral en los territorios correspondientes.

I. TRATAMIENTO PALIATIVO

Basta casi siempre. Podemos asociar aquí cuatro grupos de prescripciones:

1.ª *Aplicaciones de tópicos locales.*—Regla esencial: aplicarlos de modo intermitente; evitar toda irritación; abandonar todo medicamento mal tolerado.

Los astringentes serán el cloruro de aluminio, que entra en varias especialidades; el formol, el alumbre, el ácido crómico y el ácido salicílico.

[1] Observamos como recuerdo la hiperhidrosis de las piernas, secuela de flebitis.

Por ejemplo: formol, 5-10 gr.; alcohol alcanforado, 10 gr.; alcohol de 70 grados, c. s. p. 100 gr., en pincelaciones de las manos o de los pies, durante algunos días, con período de descanso entre dos curas.

Otras:

Alumbre, 75 gr.; formol, 10 gr.; glicerina, 25 gr.; agua, c. s. p. 1.000 gr.; para manos o pies.

Acido crómico, 4 gr.; agua, c. s. p., 100 gr.; tiñe enérgicamente las uñas. Fórmula preconizada por SABOURAUD para las plantas de los pies.

Cloruro de aluminio, 25 gr.; sorbitol, 5 gr.; bórax, 0'80 gr.; alcohol de 90 grados, 15 gr.; agua de rosas, c. s. p. 100 gr.; fórmula parecida a la de una reputada especialidad.

Se hace una preparación semejante en barra, con estearato de sosa y un poco de agua.

Polvos para los pies: Tanoformo, 10 gr., y talco, 90 gr.; o ácido salicílico, 2 gr.; tanino, 10 gr.; talco, c. s. p. 100 gr.

En las hiperhidrosis intensas, son necesarios espolvoreamientos antifúngicos entre los dedos.

En la frente bastan de ordinario compresas empapadas en detergentes ácidos a base de laurilsulfatos, convenientemente diluídos, aplicadas durante unos minutos.

En el extranjero han aparecido en el comercio pomadas a base de bantina y de prantal, que inhiben durante algunas horas la secreción sudoral. Son eficaces durante poco tiempo y exponen a accidentes alérgicos.

2.ª *Medicación general antisudoral:* Belladona o atropina, prantal; toma bucal en el momento de las pruebas que hagan temer una hipersecreción emotiva. Las mucosas se desecan simultáneamente. Su empleo no puede ser sino excepcional.

3.ª *Acción regional sobre el simpático,* por radioterapia funcional, según uno de los métodos de Gouin. La técnica usual consiste en administrar 350 r. poco filtradas, en una o dos sesiones próximas, centradas sobre la D4. Se añade a ello, para los miembros inferiores, la misma dosis sobre la L2.

4.ª *Reducir la absorción de líquidos* cuando es excesiva, vigilando que la diuresis alcance el litro. Estos sujetos tienden, en su ansiedad, a exagerar demasiado las restricciones.

II. TRATAMIENTO CURATIVO

Dudamos en describir los tratamientos curativos, ya que son muy aleatorios y deben ser reservados para los casos dramáticos, cuando la actividad social está disminuída, la vida familiar perturbada y el equilibrio psíquico amenazado.

Localmente: es la atrofia de las glándulas sudorales por *radioterapia palmar o plantar.* Son necesarias grandes dosis repetidas, en varias series con algunos meses de intervalo. La mejoría no aparece hasta el final de la primera serie. En algunos casos se mantiene el buen resultado; en muchos otros es sólo temporal. Es peligroso repetir las irradiaciones.

Algunos desgraciados hipersensibles vuelven de nuevo a su hiperhidrosis algunos años después, pero con una penosa alteración de la piel.

La *simpatectomía*, preconizada en los Estados Unidos, está limitada a los ganglios correspondientes a la región alcanzada y precisada por pruebas que indiquen la impregnación de los tegumentos por el sudor. Parece que se tiende a utilizarla cada vez más. Es preciso esperar aún algunos años para conocer sus repercusiones lejanas. Es probable, según la experiencia adquirida en otras afecciones, que merezca la pena correr este riesgo.

RESUMEN

Nota práctica referente a los tratamientos paliativos y curativos, para combatir las intensas transpiraciones regionales, que unas veces corresponden a perturbaciones neurovegetativas y otras a trastornos locales o generales, dependiendo siempre de una alteración funcional de los centros nerviosos de la base del encéfalo.

(De *Le Concours Médical*, París.)

Traducción directa del francés por nuestro colaborador doctor J. Rivera Ramos.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 399 - TOMO LXVII
JUNIO 1959

TEMAS DE ACTUALIDAD

ETIOLOGÍA DEL CÁNCER Y DE LAS LEUCEMIAS

ACERCA de este debatido asunto, que, como se sabe, ha enfrentado en más de una ocasión a histólogos y microbiólogos, F. RIUDAVETZ, de Montpellier, ha hecho una interesante comunicación a la Reunión de Anatomistas celebrada a mediados de marzo del año actual en la antigua Facultad de Medicina del Mediodía de Francia.

En el número anterior de esta revista publicamos extensa información de dichas jornadas, que nos fué enviada por nuestro corresponsal en esa célebre ciudad universitaria.

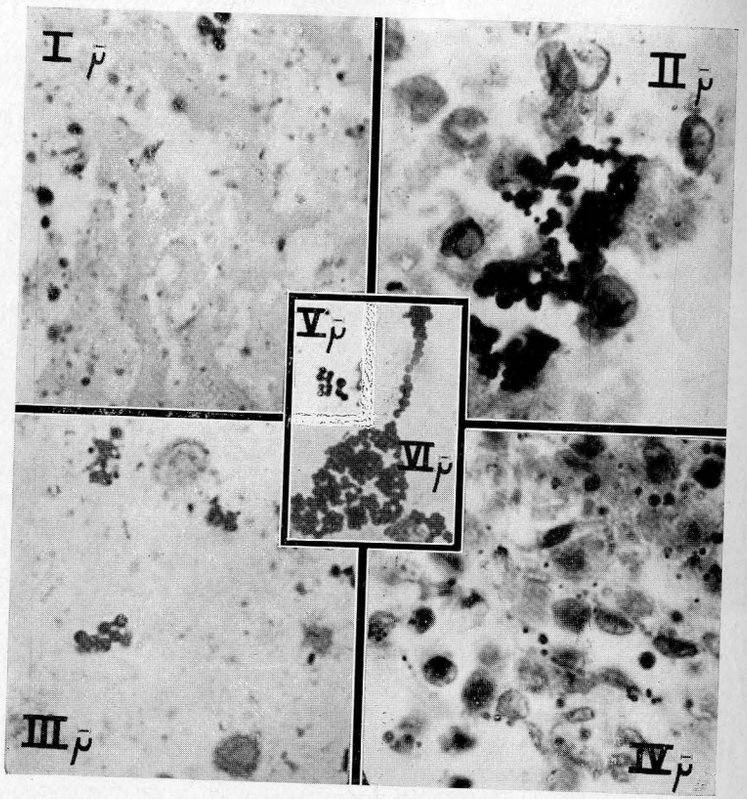
Dada la importancia del tema que el doctor RIUDAVETZ sometió a la consideración de la docta asamblea de anatomistas, de que venimos hablando, hemos creído oportuno resumir para nuestros asiduos lectores el criterio sustentado por este conocido cancerólogo respecto a la etiología del cáncer y de las leucemias.

Para F. RIUDAVETZ, entre los elementos responsables de uno y otro estado patológico se encuentran unos corpúsculos elementales vivientes que, por esta última circunstancia, algunos investigadores han tomado por microbios, que el ultramicroscopio ha puesto en evidencia en determinados tejidos neoplásicos y en la sangre de los leucémicos. Esos corpúsculos provienen de las células cianófilas blásticas o de sus células hijas, que pueden dividirse y subdividirse en entidades más pequeñas, hasta convertirse en filtrables, que se ha comprobado se reproducen indefinidamente.

Asimismo, dichos corpúsculos son susceptibles de retornar al tipo de célula de la cual proceden, lo que demuestra que éstos conservan la jerarquía funcional y bioquímica del ser a que pertenecen.

Esta particularidad, que se da siempre en los corpúsculos elementales vivientes, no se registra nunca en los microbios, quienes, en concepto del doctor RIUDAVETZ, no se cultivan en los mismos medios donde normalmente lo hacen los corpúsculos. Por otra parte, las formas «L» de las bacterias, que recuerdan a estos últimos, no son patógenas y sí lo son los corpúsculos que nos ocupan. Y, en fin, porque puede comprobarse que estos corpúsculos poseen la especificidad bioquímica de la sangre del ser de donde proceden.

En el grabado que ilustra esta síntesis encontrará el lector las formas más comunes de dichos corpúsculos en la sangre, en los tejidos y en cultivo, tratados por las fucsinas sulfurosas, fenicadas, etc.



I. Corpúsculos en la coloide de un bocio humano. Caso de neoplasia de la mama. Se ha comprobado que no se trata de pigmentos, ni de residuos no vivientes, de núcleos celulares.
II. Corpúsculos elementales obtenidos por autolisis aséptica de la sangre leucemoide de un radiólogo. Los microleucoblastos se subdividen elasóticamente, creando corpúsculos vivientes en cultivo.
III. Corpúsculos en un cultivo de sangre leucémica (♀ 39 años). Estos corpúsculos se subdividen en formas cada vez más pequeñas, que pueden hacerse filtrables.
IV. Resultado en el bazo de la inoculación experimental subcutánea (roedores) de corpúsculos elementales vivientes obtenidos en la placenta de rata. Estos corpúsculos anormales invaden el organismo y pueden transmitirse a los descendientes del sujeto.
V. Tríadas y tétradas de corpúsculos en cultivo, unidos todavía por desmosas. Se ha comprobado por cultivos selectivos que no se trata de sarcinas ni otros parásitos exógenos.
VI. Corpúsculos en racimo en un cultivo en medio viscoso. No se trata ni de estrepto ni de estafilococos, lo que se ha determinado por el empleo de sueros anti y por cultivos en medios antisépticos o antibióticos en los que los cocos citados no proliferan y sí los corpúsculos fotografiados.

Los hechos referidos deberán tenerse en cuenta si se desea reforzar las terapéuticas clásicas (cirugía, radiaciones), no sólo con el empleo de nuevos fármacos (químicos y bioquímicos), sí que también por las técnicas biológicas basadas en los datos expuestos.

Así, las técnicas de desensibilización y autovacunación, valiéndose de los propios corpúsculos de los sujetos cancerosos y leucémicos, deben ser estudiadas y perfeccionadas.

Por otra parte, estas técnicas pueden aplicarse a procesos tales como las colagenosis, periarteritis y otros en los que intervienen los corpúsculos de referencia. Para ello se emplearán los cultivos de corpúsculos obtenidos del sujeto en cuestión, tal como lo ha venido exponiendo el reputado hematólogo F. RIUDAVETZ en distintas comunicaciones dirigidas, de 1931 a 1959, a los Congresos Internacionales del Cáncer, de Patología Comparada, y Asociación de Anatomistas.

En otro trabajo titulado: «Acerca de la existencia y el origen de ciertos corpúsculos no microbianos en la sangre y tejidos normales y patológicos. Su comportamiento en cultivo y resultado de su inoculación experimental», el doctor F. RIUDAVETZ expone que estos corpúsculos esferoides de media a tres micras, móviles y refringentes, provienen de ciertos elementos blásticos de la sangre o de los tejidos (células cianófilas de Cajal) y de sus células hijas, sobre todo las malignas. Se distinguen estos corpúsculos de los microbios (bacterias, formas «L» rickttesias, etc.) por sus características bioquímicas funcionales, su origen celular y su especificidad bioquímica, que es la de la sangre. Cultivados en medios sintéticos pueden procrear indefinidamente. Los corpúsculos normales intervienen en la regeneración de los tejidos y no son patógenos. Los corpúsculos anormales, espontánea o experimentalmente, son patógenos para el sujeto de la misma especie. Inoculados, invaden el organismo y pueden producir la muerte. El comportamiento de estos corpúsculos convertidos en patógenos difiere del de los microbios y puede compararse al de las células cancerosas y leucémicas. Estos corpúsculo pueden dar formas filtrables transmisibles por inoculación, y verosímilmente por herencia.

El autor expone, en fin, que los corpúsculos pueden ser transmitidos por el macho inoculado a la hembra no inoculada, y de ésta a los embriones.

Los estudios acerca de la transmisión hereditaria lejana son objeto de reiteradas investigaciones experimentales por parte del autor.

J. P.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 399 - TOMO LXVII
JUNIO 1959

LIBROS

AUTORES NACIONALES

APORTACIÓN ESPAÑOLA AL QUINTO «SYMPOSIUM» EUROPEO SOBRE POLIOMIELITIS. *Un vol. (15 por 21 cm.) de 174 páginas; rústica. Núm. 248 de las "Publicaciones al servicio del niño español". Ediciones de la Dirección General de Sanidad. Madrid, 1958.*

ESTE *libro recoge el texto íntegro de todas* las comunicaciones presentadas por los participantes españoles al *V «Symposium» Europeo sobre Poliomielitis*, celebrado en Madrid el año pasado, por acuerdo adoptado en Ginebra por la Asociación Europea contra la Poliomielitis, organización internacional de carácter benéfico con sede en Bruselas.

El *Symposium* tuvo un franco éxito bajo la dirección de los doctores García Orcoyen y Bosch Marín (presidente y vicepresidente, respectivamente) y el doctor don Enrique Bravo, como secretario general. Las ponencias que se estudiaron fueron las siguientes:

1.ª «Vacunación e inmunidad en la poliomielitis».

2.ª «El porvenir de los poliomielíticos respiratorios crónicos».

3.ª «Aspectos neurofisiológicos y neuropatológicos de la poliomielitis».

4.ª Colaboración internacional en la lucha contra la poliomielitis.; y

5.ª «Prevención de deformaciones y rehabilitación».

En el libro que nos ocupa se han reunido las comunicaciones de los doctores Alemany (Gerardo), Aristoy, Armayor, Barnosell, Gómez Barnuevo, Collado-Otero, Cruz, Escudero, Giménez, Laguna, López Fernández, Bataller Sallée, Martín Lagos, Múgica, Ruiz García, Sales-Vázquez, Sanchís-Olmos, Torres, Gost, Ballús Pascual, Figueroa, Trochuelo, Salvia y Vaquero González.

En conjunto resulta de interés a todo médico general y especialmente a los más metidos en el problema de la poliomielitis, problema atenuado si se tienen en cuenta las conclusiones de este *Symposium*, que la vacunación parece tan segura como las empleadas para prevenir otras enfermedades, y cuya innocuidad es actualmente indiscutible, por lo cual las campañas de vacunación deben desarrollarse sin restricción alguna.—RAMÓN CELMA DELGADO.

V REUNIÓN NACIONAL DE SANITARIOS ESPAÑOLES. PONENCIAS PRESENTADAS. *Tres folletos en 4.º, de 49, 89 y 129 páginas, con cuadros; en rústica. 1959.*

SE recogen en estos volúmenes los textos de las tres ponencias presentadas a la V Reunión Nacional de Sanitarios Españoles, representando cada una de ellas la labor en común de cuatro ponentes.

La primera ponencia versa sobre «Esquema sanitario asistencial de los grandes núcleos de población»; la segunda, sobre «Estudio higiénico sanitario de la atmósfera y de las medidas de la lucha contra la polución», y la tercera, del «Plan de organización de la sanidad ambiental».

Los tres temas planteados son de interés y están muy ampliamente recogidos en las ponencias, cuyas conclusiones presentan las medidas a adoptar para afrontar cada una de las cuestiones.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

MATERNIDAD (PREPARACIÓN PARA EL EMBARAZO, EL PARTO Y LA CRIANZA DEL HIJO, *por el doctor* FRANCISCO ORENGO. *Un vol. (14 por 19'5 cm.) de 200 páginas, con 58 figuras; rústica. Precio: 100 pesetas. Edición por su autor. Ferraz, núm. 98, Madrid. 1959.*

EL simple enunciado de esta obra, con una portada sobria, elegante y llamativa, dice por sí solo del alcance, propósitos y finalidad de la misma.

Con esta misma orientación se han escrito muchas otras; todas cumplen su misión vulgarizadora y educativa en la futura madre, desvaneciendo recelos, destruyendo prejuicios y errores, sembrando conocimientos útiles y

ayudando valiosamente a despertar en la mujer sentimientos de confianza y seguridad.

Pero el doctor Orengo, por su magisterio en la Maternidad de Santa Cristina, es uno de los tocólogos más destacados y con más experiencia para poder fijar esas normas fundamentales que ayudan a la mujer a comprender los fenómenos de su gestación y parto, destacando la importancia de los cuidados pre y postnatales, que tanta importancia tienen para la salud y la vida de ella y de su hijo.

Dentro de lo impersonales que son estas normas generales que la mujer va a obtener de la lectura, el médico podrá completar o adaptar sus consejos a cada una en particular, pero se habrá ahorrado ya una penosa labor de iniciación y una considerable pérdida de tiempo.

El autor, con gran acierto, da una noción clara de toda la serie de cuestiones íntimamente relacionadas con el nacimiento y la crianza, que a la vez le dan oportunidad para expresar sus opiniones personales en muchos puntos; todo ello con la seriedad y honestidad que pone en todos sus trabajos. Por sólo este detalle ya merece tener la favorable acogida que, sin duda, las madres habrán de dispensarle y que nosotros, desde luego, hemos de favorecer con nuestro consejo, para que así se vea forzado a nuevas y sucesivas ediciones.—RICARDO HORNO.

AUTORES EXTRANJEROS

MEDICINA Y MUNDO MODERNO, *por el doctor* HENRY PEQUIGNOT. *Un vol. (14 por 19 cm.) de 255 páginas; encuadernación en tela. Precio: 75 pesetas. Ediciones Fomento de Cultura, Dr. Vilá Barberá, 16, Valencia. 1959.*

CON este título, el conocido médico y periodista parisién Henri Pequignot ha escrito una obra que puede calificarse de fundamental para cuantos ejercemos hoy la Medicina o se interesen por sus problemas. Obra que, sin duda, suscitará inquietudes, apasionamientos y polémicas. En ella, como en un gran telón de fondo, nos presenta el prestigio de la Medicina actual con sus grandes y resonantes victorias sobre la enfermedad; con sus potentes medios de exploración y diagnóstico; con los problemas económicos que el costo y tratamiento de sus enfermedades plantea al individuo; con las nuevas orientaciones que la organización médica socializada origina; con la preocupación financiera que la asistencia al enfermo plantea al Estado, y, sobre todo ello, que indica plenamente la gran transformación del ejercicio de la Medicina, en un primer plano con extraordinario relieve y con toda claridad, nos muestra la angustia del paciente y la del médico, que ya no realizan aquel coloquio singular, aquella confianza entre dos almas, para la resolución de sus mutuas inquietudes, en un acto que empezaba por una confesión leal, seguía por un examen y terminaba con una prescripción, en aquel —como decía Portes— entrañable encuentro de un alma con una conciencia.

Hoy, las leyes sociales de protección y seguro obligatorio, las dificultades y complejidades del diagnóstico que precisan la colaboración con varios médicos, y el elevado costo de la terapéutica, así como la intromisión, cada vez más a fondo, de los Poderes Públicos, han transformado completamente aquel aspecto primitivo de las relaciones entre enfermo y médico, creando una situación nueva, inquietante y dramática, que es la que el autor pretende explicar, suscitando en el lector consecuencias distintas ante esta situación de verdadera encrucijada.

En una primera parte indica, en prolijo análisis, cuál es la verdadera y exacta naturaleza del acto médico merced a las nuevas circunstancias que han surgido a manera de velos, telones o pantallas interponiéndose entre médico y enfermo, aislándolos, limitando y modificando sus respectivas posiciones, surgiendo de allí cierta frialdad e indiferencia hacia el enfermo, ya muy lejos de ser considerado como un ser humano que sufre; y en éste, una desconfianza agresiva y un recelo sistemático hacia quien debe prestarle sus auxilios.

En una segunda parte recoge y estudia las diferentes reacciones surgidas por las causas expuestas, entre el *médico* (que mira con nostalgia al pasado, se refugia en la especialización y el corporativismo y sueña con una tecnocracia), el *enfermo* (que manifiesta el despecho de que se decida sin contar

con él, con una falta absoluta de confianza en quien le trata, y que se defiende con su sindicalismo y otras fuerzas) y los *Poderes públicos* (donde los errores, la falsa visión del problema, la falta de conjunción de esfuerzos de los médicos y los fallos de la centralización de directrices, crean una situación decepcionante y caótica), que dan lugar a orientaciones y perspectivas muy distintas desde sus puntos de vista respectivos.

En una última parte, después de señalar que ni el enfermo puede renunciar a los medios actuales de curación, ni el médico a las técnicas actuales que le impone el complejo ejercicio profesional, examina las perspectivas de la Medicina en el porvenir, inquietantes en muchos sentidos, estimulantes en otros, pero con líneas de acción precisas que requieren una meditación desapasionada y un esfuerzo de buena voluntad por parte de todos ante la complejidad de los puntos a resolver y la tendencia absurda a dar cada vez más la primacía a la administración sobre la dirección médica.

Es libro difícil de comentar, pero de lectura indispensable para todos los médicos que hoy ejercen. Constituye además una obra intensa, con rigor literario y dinamismo expresivo, que revelan la fuerte personalidad del autor.

La traducción está hecha con gran corrección, y la presentación editorial se ha llevado a cabo con todo decoro, lo cual completa el valor de esta obra.—RICARDO HORNO LIRIA.

MEDICO DEL CORPO E DELL'ANIMA, *por el doctor* GEORG VOLK. *Un vol. (13'5 por 21'5 cm.) de 156 páginas; rústica. Precio: 800 liras. Editore L. Capelli, Via Farini, 6, Bologna (Italia).*

EL autor de este librito, *Médico del cuerpo y del alma*, es un médico alemán bien conocido hoy por numerosos ensayos y por otros libros que han tenido gran repercusión en su país, en los que de manera atractiva y sencilla ha tratado, en esta época dominada por la inquietud, de hacer patente a todos la extraordinaria interdependencia que existe entre el *alma* y el *cuerpo*, exponiendo llanamente sus experiencias como médico y como cristiano.

Partiendo del concepto de unidad indestructible de alma y cuerpo, sólo deshecha por la muerte, y de la repercusión de la enfermedad en el espíritu del paciente, expone las bases cristianas de aceptación de la enfermedad con humildad y paciencia, como medio de perfeccionamiento y ennoblecimiento, lo que le da fuerza espiritual. El médico ha de tener en cuenta, tanto el malestar y el sufrimiento físico del cuerpo, como la angustia y preocupación moral del paciente; por lo tanto, ha de ayudarle, comprenderle, consolarle y, a la vez que le proporciona los cuidados físicos precisos, debe alentarle, despertando en él sus fuerzas de curación con la tranquilidad de su espíritu ennoblecido por el sufrimiento y la conformidad espiritual con su fin.

En diversos capítulos va desarrollando, en forma atrayente y confortadora, la importancia de la enfermedad para la personalidad humana, extendiéndose sobre la significación de la alegría, la tristeza, la ira; sobre la acción confortadora que produce el llanto para superar las penas. Trata del significado y valor del ayuno; de la distensión y recogimiento; de la manera de respirar bien y del sueño; dejando entender, en consecuencia, cuál debe ser la aportación personal para conseguir el equilibrio y la serenidad, reconociendo siempre a su enfermedad y a su dolor una significación, un sentido y, al mismo tiempo, veladamente, el misterio de un *más allá*, que indica la existencia de otro mundo imperceptible y prometedor.

Es libro confortador y simpático, que se lee con gusto y en el cual el doctor Volk comenta cristianamente nuestra vida en sus días de salud y de enfermedad, diseñándola con trazos que se funden unos con otros en un único conjunto de conquista y de méritos para el más allá que a todos nos espera.—RICARDO HORNO LIRIA.

EXPLORACIÓN CLÍNICA Y VALORACIÓN FUNCIONAL DEL CARDIÓPATA, *por los doctores* H. W. KNIPPING, W. BELT, H. VALENTIN *y* H. VENSAT. *Un vol. (17'5 por 25 cm.) de 436 páginas, con 265 figuras y 16 tablas; encuadernación en tela. Editorial Científico-Médica, Barcelona-Madrid, año 1959.*

HACE unos meses tuvimos la satisfacción de insertar en estas mismas columnas el juicio que nos merecía una obra editada por la misma casa Científico-Médica, en la cual se exponían magistralmente las bases fisiológicas para el diagnóstico y terapéutica de las enfermedades cardiovasculares. Esta obra, titulada «Clínica cardiopulmonar», recogía la experiencia de un grupo de fisiólogos y clínicos norteamericanos, agrupados bajo la autoridad del doctor Gordon. Ahora, la editorial ha querido ofrecer al médico español el mismo asunto, pero a través de la experiencia de los investigadores y clínicos alemanes.

Dada la índole de las nuevas técnicas de exploración cardiopulmonar, esta clase de publicaciones no pueden ser la obra de una sola persona, sino el resultado de la colaboración de varias, agrupadas en un equipo. El volumen que comentamos recoge la labor del círculo de investigación de la Clínica Universitaria de Colonia, continuadores de la obra del gran cirujano Ludolph Brauer, pionero de la cirugía cardíaca.

La obra comienza con un breve y sustancioso prólogo del profesor Gibert-Queraltó, eminente cardiólogo.

En la introducción, los autores señalan las directrices de su trabajo y su orientación fisioclínica, estimando que, a pesar de las valiosas enseñanzas obtenidas con las nuevas técnicas, para sentar el diagnóstico y fundamentar la terapéutica de los cardiópatas debe seguir imperando el sano criterio clínico en la valoración de la enfermedad. Señalan también que la nueva orientación abstencionista en cirugía cardíaca, iniciada hasta en Estados Unidos, a partir de la celebración de los últimos congresos de la especialidad (Wáshington, 1954, y Barcelona, 1954), debe continuarse a expensas de una rigurosa discriminación de los casos.

En el primer capítulo se hacen consideraciones generales sobre el enfermo de corazón y su ambiente. En el apartado siguiente se estudia en detalle la punción cardíaca y vascular, sus técnicas de exploración y los principales síntomas clínicos. A continuación se exponen las nuevas técnicas propuestas por los autores para el diagnóstico pre y postoperatorio, así como el diagnóstico funcional cardiológico en relación con la profilaxis cardíaca. Entre estas técnicas destaca, por ser original y de gran precisión, la espiroergometría, propuesta por Knipping, merced a la cual puede hacerse un diagnóstico diferencial y exacto de las insuficiencias cardíaca y pulmonar, analizando los diferentes valores de la ventilación pulmonar, tanto en reposo como en el esfuerzo.

Se pasa a continuación a exponer el diagnóstico especial preoperatorio, a base de la anamnesis, examen clínico, de laboratorio y radiológico, tanto de las cardiopatías congénitas como de las adquiridas, terminando este apartado con unos capítulos dedicados a señalar las indicaciones y contraindicaciones operatorias en las cardiopatías.

Por último, se dedica ancho espacio al laboratorio en cardiología, enunciado que comprende las técnicas del cateterismo cardíaco, con las consiguientes determinaciones de tensiones y de gases en las diversas cavidades: radiografía por contraste, selectiva, del corazón; angiografía selectiva de los vasos pulmonares, en cuya descripción se pone de manifiesto la experiencia de uno de los autores, el doctor Bolt; angiogardiografía, exploración del tono «broncomotor» y «broncosecretor» en la práctica clínica y en el diagnóstico preoperatorio.

Un capítulo relativamente nuevo y, desde luego, prometedor, es el dedicado a las diversas perspectivas del empleo de los isótopos radiactivos, concluyendo la obra con un apéndice donde se insertan buen número de ejemplos extraídos de los archivos de la Clínica Universitaria de Colonia.

La bibliografía creemos que es exhaustiva sobre las materias tratadas; basta decir que ocupa, entre manuales, monografías y trabajos originales, cincuenta y siete páginas del texto.

Consideramos un acierto de la Editorial Científico-Médica la publicación de esta obra, donde se condensa la labor y el criterio de los investigadores y clínicos alemanes sobre esta importante faceta de la Medicina de nuestro tiempo. Entre los estudiosos de la nueva patología cardiopulmonar, esta obra figura como una de las mejores. La traducción está bien hecha, y por ello felicitamos a sus autores, los doctores Low Maus y José M. Meinhardt Pando. La edición, perfecta, como es norma de la Editorial Científico-Médica.—ECHEVERRÍA.

SÍNDROMES NEUROLÓGICOS CONSECUTIVOS A TRAUMATISMOS OCCIPITALES, *por el doctor* C. FAUST. *Traducción del texto alemán por el doctor* S. MONSERRAT ESTEVE. *Un volumen en 4.º mayor, de 124 páginas; rústica. Editorial Alhambra, Madrid, 1957.*

EL problema de las agnosias ópticas sigue todavía sujeto a discusión en muchos de sus puntos principales, pese a los estudios de Pötzl, Kleist, Wilbrand, etc., y, sobre todo, a los trabajos de Henschen, quien desde 1922 estableció el concepto de «ceguera psíquica», apoyándose en numerosas observaciones en heridos occipitales de la primera guerra mundial.

A este tema dedicamos nosotros una conferencia en el XXVIII Congreso de la Sociedad Hispanoamericana de Oftalmología (Zaragoza, 1953).

La monografía que comentamos, debida a la pluma del doctor Faust, de Freiburg (Alemania), recoge la amplísima experiencia lograda por este autor y sus maestros (Kleist, Rehwald, Thiel) y colaboradores, principalmente en el puesto de socorro para heridos cerebrales de Südbaden, fundado por el doctor H. Jantz durante la última guerra mundial.

Pese a su extensión relativamente reducida, el libro de Faust constituye un valioso

resumen del estado actual del concepto anatomoclínico de las agnosias visuales. Se hace de ellas un acabado estudio semiológico (agnosias para los objetos, para las fisonomías, para las relaciones espaciales, para el propio cuerpo, para la lectura, para los colores, para las acciones seriadas), haciéndose al final una exposición crítica de las teorías de Bay sobre la «astenopia cerebral y el cambio de función óptica». Todo ello ilustrado con numerosos esquemas, dibujos y radiografías, que le prestan un inestimable valor didáctico. Aunque, como españoles, echamos de menos una alusión a los fundamentales trabajos de nuestro compatriota J. Gonzalo sobre alteraciones visuales en heridos cerebrales, y que, a nuestro juicio, no pueden silenciarse en ningún estudio serio sobre la materia, no dudamos en recomendar la lectura del librito de Faust a quienes deseen adentrarse en el estudio, tanto clínico como doctrinal, de las agnosias visuales.—Rey Ardid.

METABOLISME DE L'EAU DANS LES TRAUMATISMES DU CRÂNE, *por los docores* D. Petit-Dutaillis y E. Bernard-Weil. *Un vol. (16 por 25 cm.) de 108 páginas, con 10 figuras; rústica. Precio: 1.400 francos. Masson et Cie., Editeurs. 120 Boulevard Saint Germain, París, VI. 1958.*

El texto de esta monografía está formado por la ponencia que sus autores —distinguidos neurocirujanos de la Facultad de Medicina de París— presentaron a la reunión anual de la Sociedad de Neurocirugía de Lengua Francesa, en 1958.

Consideramos extraordinario el valor científico de esta ponencia, pues no sólo resume con gran claridad el estado actual de nuestros conocimientos sobre el recambio hídrico y su inevitable correlato de los cationes sodio y potasio, sino que, con aportaciones experimentales de gran mérito, pone de relieve el papel importante de factores diencéfalo-mesencefálicos en la regulación de dicho recambio y las repercusiones que sobre el mismo tienen los traumatismos craneales. De las conclusiones teóricas de su trabajo, los autores deducen aplicaciones prácticas, estableciendo pautas de tratamiento para los traumatizados de cráneo, que pueden salvar sus vidas incluso en casos gravísimos en los que la causa principal de su muerte suele ser, ora la hiponatremia sérica acompañada de cifras altas de potasio globular (con la consiguiente hiperhidratación celular y deshidratación intersticial), ora el síndrome opuesto de hipernatremia - hipocalemia, con deshidratación tisular e hiperhidratación extracelular. Como tratamiento de estos síndromes proponen los autores el siguiente esquema: En el primero, el más frecuente y peligroso, por acompañarse de «hinchazón» cerebral, 25 a 50 unidades diarias de ACTH y 50 a 100 miligramos de cortisona, ambas fraccionadas por vía intravenosa; además, un litro de suero glucosado (gota a gota, transfusión de 350 c. c. de sangre o de plasma y 500 c. c. de suero salino isotónico. Además, clorpromacina y antibióticos. Y en ciertos casos especialmente graves, inyección única de 5 unidades de extracto de posthipófisis, de absorción retardada, como frenador de la secreción posthipofisaria del enfermo.

En el segundo de los síndromes descritos (hipernatremia-hipocalemia, con colapso cerebral y, en general, tisular e hiperhidratación intersticial) actuarán favorablemente 10 unidades diarias, durante seis días consecutivos, de extracto posthipofisario en inyección intramuscular de absorción retardada, unido a dosis moderadas de clorpromacina y reserpina, además de 75 miligramos diarios de cortisona y 4 gramos diarios de cloruro potásico. Todo esto, contando con una suficiente hidratación espontánea del enfermo y un buen «tono» suprarrenal, ya que el agua no entra en las células si no existe en suficiente cantidad en los espacios extracelulares.

No nos cansaremos de aconsejar el estudio atento de esta ponencia a cuantos se interesen, desde cualquier punto de vista, por los problemas fisiopatológicos del metabolismo hidromineral, y sobre todo a internistas, traumatólogos, neurólogos y neurocirujanos, que tienen la responsabilidad del tratamiento de los traumatizados craneales.—Rey Ardid.

THÈRAPEUTIQUE NEUROLOGIQUE ET PSYCHIATRIQUE, *por* Paúl Cossa, *con la colaboración de* M. M. Bougeant, Boudouresques, Duplay, Le Cocq, Postel *y* Rivoire. *Segunda edición, enteramente modificada. Un vol. (17'5 por 25 cm.) de 610 páginas, encuadernado en tela. Precio: 5.800 francos. Masson et Cie., Editeurs. 120, Boulevard St. Germain, París, VI. 1958.*

Los trece años transcurridos desde que vió la luz este magnífico tratado de terapéutica neuropsiquiátrica justifican la aparición de la segunda edición, que ahora comentamos. Son tantos los progresos realizados en este lapso de tiempo en el tratamiento de las enfermedades nerviosas y mentales, que era necesario revisar y completar este libro clásico entre los médicos de lengua francesa.

El distinguido neuropsiquíatra de Niza doctor Cossa y sus colaboradores han introducido en esta segunda edición importantes modificaciones, que hacen compatible el incremento de las nuevas materias con la conservación de las mismas páginas de la edición anterior, ya que de otro modo el volumen desmesurado de la edición nueva le restaría las condiciones de manejabilidad necesarias en un libro de esta naturaleza.

De acuerdo con lo dicho, los autores, al añadir el copioso material de las modernas adquisiciones terapéuticas, se han visto en la precisión de suprimir algunos capítulos que, aunque interesantes, no podían ser considerados como indispensables, dado el carácter de la obra.

Los revolucionarios progresos de los tres últimos lustros en el tratamiento de numerosas afecciones neuropsiquiátricas han establecido profundos cambios en numerosos capítulos del libro, tales como, por ejemplo, los consagrados a epilepsia, sífilis nerviosa, neurobrucelosis, tétanos, accidentes vasculares cerebrales, alcoholismo, psicosis endógenas, etcétera, en todos los cuales están recogidos los nuevos métodos, tanto médicos como quirúrgicos, que han ido modificando favorablemente el pronóstico de muchas de las citadas dolencias, hasta el punto que algunas de ellas pueden considerarse ya como «vencidas». Por el contrario, y de acuerdo con lo dicho, registramos entre los capítulos suprimidos aquellos destinados a explicar la técnica de diversas manipulaciones muy frecuentes en neuropsiquiatría, tales como punción lumbar y suboccipital, infiltraciones de ganglios vegetativos, alcoholización de las diversas ramas del V par craneal, etc. Tampoco aparecen en la nueva edición los capítulos, más bien quirúrgicos, sobre tumores y abscesos del sistema nervioso.

No dudamos en recomendar la obra de Cossa a cuantos deseen conocer el estado actual del tratamiento —muchas veces difícil y de gran responsabilidad— de las múltiples afecciones que estudia la Neuropsiquiatría.

La edición, cuidadosa y elegante, como es norma de la casa Masson.—Rey Ardid.

FRACTURES AND DISLOCATIONS, *por* George Perkins. *Un vol. (16 por 24 cm.) de 363 páginas, con 255 figuras; encuadernado en tela. Precio: 57 chelines. University of London. The Athlone Press, Londres, 1958.*

El autor de este excelente libro es bien conocido y goza de merecido prestigio en el campo de la Cirugía ortopédica. También se le conoce por la autoridad e independencia con que matiza sus opiniones personales sobre el tratamiento de las fracturas; tales como las de afirmar rotundamente que el cuerpo es capaz por sí mismo de curar muchas fracturas; que muchas veces con nuestros tratamientos ponemos a prueba estos mecanismos naturales, y finalmente, que, en ocasiones, los malos resultados pueden ser consecuencia del tratamiento y no de la fractura.

Otra opinión personal del autor es la de que muchas fracturas pueden ser tratadas por el médico general y que muchos cirujanos generales pueden ser tan competentes como los ortopédicos en el tratamiento de los traumatismos del esqueleto. Sin embargo, añade que cada vez se sienten menos inclinados a cargar con la responsabilidad del tratamiento de las fracturas y las dejan gustosos para los cirujanos ortopédicos. Sobre todo, desde que en Inglaterra los daños por comisión u omisión en el tratamiento de las fracturas son severamente castigados por los tribunales. Esto, por lo que hace al autor.

En lo que respecta al libro en su conjunto, dos características principales hay que señalar. Una, la finalidad del mismo, concretada en el propósito de asegurar que el lesionado no sea perjudicado por el tratamiento; otra, la original clasificación de las fracturas y dislocaciones en tres grupos, diferenciados con una, dos y tres estrellas, según el grado de dificultad del tratamiento. Una y otra, en el fondo, tienden al mismo fin. Y ambas dan categoría y valor práctico a la obra. Acaso más la segunda. Pues conociendo el fundamento de la señalización de las estrellas, habrá de ser muy osado el que, sin conocimientos bastantes, se ponga a tratar una lesión señalada con tres estrellas. Que es casi tanto como para un católico correr el riesgo de una excomunión.

Aun cuando es más que un manual y menos que un tratado de Traumatología, la obra es muy completa. Y junto a las generalidades de clases, diagnóstico y principios de un buen tratamiento de todas y cada una de las distintas lesiones del esqueleto, sin olvidar la participación que en ellas tienen las lesiones de las partes blandas. Y teniendo en cuenta también la prevención y el remedio de las secuelas traumáticas.

La exposición es clara, práctica, sin literatura superflua. Y muy bien ilustrada. Casi tantas figuras como páginas. Figuras, además, magníficas. Todo ello, unido a una presentación tipográfica inmejorable, hace que el libro que comentamos constituya una pieza de excepción, en los tiempos que corren.—Seral.

TRAUMATISMOS VERTEBROMEDULARES CERVIÇAIS COM PERTURBAÇOES NERVOSAS. PROBLEMAS CLÍNICOS E FISIOPATOLÓGICOS. TRATAMENTO, *por* A. FERREIRA ALVES *y* CORINO ANDRADE. *Un vol. (17 por 24 cm.) de 109 páginas, con 50 figuras. Editado por Empreha Industrial Gráfica do Porto, Lmtda. Porto, año 1958.*

ESTA magnífica monografía, de presentación tipográfica, literaria y gráfica impecables, contiene el trabajo que presentaron sus autores como ponencia al II Congreso Luso-Español de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Es una obra de equipo, realizada en la Clínica de Neurología del Hospital General de Santo Antonio do Porto, que dirige uno de los autores (Corino Andrade).

La Traumatología, hoy en día, no es sólo el tratamiento de las lesiones en general, y en particular la corrección de las que afectan a los huesos. Su alcance es mucho mayor y el traumatólogo no puede limitarse a arreglar los huesos rotos. En todo traumatizado de alguna entidad se originan una serie de perturbaciones, sobre todo en los primeros momentos que siguen al accidente, cuya fisiopatología hay que conocer para poder aplicar la terapéutica urgente que las mismas requieren. Es un nuevo concepto, pues, el que hoy se tiene del traumatizado. Concepto que permite reducir mucho la mortalidad y llegar a mejores resultados en la rehabilitación de los que sufrieron un accidente grave.

Como exponente valioso de esta nueva tendencia, consideramos el magistral trabajo que nos ocupa, en el que, junto al mas exigente rigorismo científico, encontramos la observación clínica sagaz y la deducción práctica de máxima eficacia. Claro que en este bien orientado estudio sobre los traumatizados vértebromedulares cervicales no se encuentran, ni tal fué el propósito de los autores, las soluciones para todos los complejos problemas que presenta la asistencia de dichos traumatizados. Pero sí se nos dan bases bien fundamentadas para comprender y proseguir tan interesantes estudios. Tales como los de demostrar que los grandes desequilibrios neurovegetativos causados por la lesión cervical son responsables de la elevada mortalidad.

Los autores dicen haberse propuesto con sus estudios e investigaciones encontrar los medios que permitan reducir la elvada mortalidad que tienen los traumatismos vértebromedulares cervicales. Mortalidad que llega en sus estadísticas al 60 por ciento, con resultados similares a los de otros servicios, en los casos de tetraplejía inmediata. Con la circunstancia de que, en general, la muerte no es inmediata al accidente, sino que media tiempo suficiente hasta el exitus para hacer mucho por tales traumatizados. Tales propósitos y esfuerzos, añadimos nosotros, orientados preferentemente, dentro de los diversos síndromes y desequilibrios provocados por el traumatismo, al mejor conocimiento y tratamiento de los neurológicos vegetativos, les han permitido dilucidar puntos hasta ahora oscuros y llegar a conclusiones muy estimables. Conclusiones que al incidir sobre las cifras de mortalidad, merecerán el premio que acompaña al propósito logrado.—SERAL.

NOUVELLE PRATIQUE CHIRURGICALE ILLUSTRÉE, *dirigida por* JEAN QUÈNU. *Fasc. XII. Un vol. (17'5 por 27 cm.) de 296 páginas, con 254 figuras; rústica. Precio: 3.500 francos. Gastón Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeón, París, VI. Año 1959.*

SIGUIENDO la línea que tanto y tan merecidamente ha prestigiado la colección, llega hoy a nosotros este nuevo fascículo.

Todos y cada uno de los trabajos que contiene son acreedores a dedicarles un espacio en el comentario. Y entre unos y otros, en cuanto a interés clínico-práctico y méritos propios, acaso no haya más diferencias que las derivadas de las aficiones o preferencias subjetivas del que comenta.

Los títulos que contiene, tal como aparecen publicados, y los nombres de sus respectivos autores, son:

«Lobectomía media por tuberculosis», por Cl. Dubost.

«Anastomosis porto-cava término lateral por hipertensión portal», por Cl. Dubost.

«Exéresis de un grueso lipoma retroperitoneal pararrenal», por L. Quènu.

«Ablación de los linfáticos, prevención de las ósteoartritis tuberculosas», por R. Kaufman.

«Cura de un prolapso úterovaginal, según la técnica de Mánchester modificada», por M. Chartier.

«Pulgarización del anular por la técnica de Letac», por J. Gonzon.

«Tratamiento operatorio del *hallux valgus* por resección de la base de la falange», por J. P. Dejounay.

Por la relación de trabajos que antecede, se puede ver bien que no decae el interés de estas publicaciones. Y que este fascículo, en el que se nos ofrecen, como siempre, diversidad de materias, expuestas con unidad de criterio fundamentalmente práctico, continuará recibiendo la buena acogida habitual. — SERAL.

NÚCLEO PARAVENTRICULAR E HIPÓFISIS, *por* H. OLIVECRONA. *Un volumen en 4.º mayor, de 178 páginas; rústica. Suplemento 136, vol. 40, de "Acta Physiologica Scandinavica". Lund (Suecia), 1957.*

TANTO la firma del autor de esta monografía (uno de los «primerísimos» neurocirujanos mundiales) como el prestigio de la revista que la publica, garantizan plenamente su excepcional categoría científica.

Desde hace algunos años se viene hablando con creciente insistencia del papel de control que, por vía neural, ejercen los centros hipotalámicos sobre las diversas increciones hipofisarias. Tales funciones han podido ser conocidas gracias a las delicadas técnicas de destrucción selectiva de centros y vías nerviosas mediante la producción de lesiones muy localizadas utilizando la electrólisis. El autor, que, como casi todos los grandes neurocirujanos (citemos, entre otros, a Förster, De Martel, Cushing), es también un brillante investigador en Neurofisiología, nos da cuenta en este libro de los resultados obtenidos en sus trabajos realizados en la Facultad de Medicina de Lund, acerca de un tema tan concreto, pero tan sugestivo, como es el de las relaciones anatomofisiológicas existentes entre el núcleo paraventricular del hipotálamo y la glándula hipofisaria.

Las experiencias fueron realizadas en ratas blancas, a las que, con un instrumental adecuado (Hillarp, 1942), se procedió a electrocoagular estereotáxicamente los núcleos paraventriculares, situados, como es sabido, a ambos lados del tercer ventrículo cerebral. Una vez obtenidas las lesiones (cuya descripción histológica queda hecha con todo detalle en el trabajo), estudió el autor las distintas secreciones de la hipófisis, observando las modificaciones sufridas por cada una de ellas. Comenzando por las de la parte anterior de la glánduda, comprobó que el citado núcleo hipotalámico no parece ejercer influencia alguna sobre las secreciones tireotropa, adrenocórticotropa (ACTH) ni gonadotropa. Por lo que se refiere al lóbulo posterior de la hipófisis, las experiencias acusan los siguientes resultados: las lesiones totales y bilaterales de los núcleos paraventriculares no determinan alteraciones en el metabolismo hidromineral; pero en animales con una destrucción incompleta y parcial de dichos núcleos, se aprecia una mayor eliminación de potasio. Esta aparente paradoja la explica Olivecrona admitiendo que en las maniobras que conducen a estas lesiones parciales sean también lesionadas neuronas situadas a los lados de los núcleos paraventriculares al no centrarse la acción electrolítica dentro de los límites de dichos núcleos. La secreción de vasopresina no se afecta por la destrucción de los núcleos paraventriculares, pero la oxitocina disminuye notablemente tras este tipo de lesiones. Estos últimos resultados justificarían sobradamente la laboriosa investigación realizada por el gran neurocirujano sueco, ya que entre otras consecuencias importantes puede sacarse la de que la oxitocina y la vasopresina, lejos de constituir una unidad fisiológica, parecen existir separadamente en el lóbulo posterior de la hipófisis.

En resumen, un trabajo modelo, realizado con gran escrupulosidad científica, ilustrado con numerosas microfotografías, muy bien editado y expuesto con gran claridad y método. REY ARDID.

TRAITEMENT DES SUPPURATIONS URÉTRO-GENITALES ET DE LEURS COMPLICATIONS CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME, *por* PIERRE DUREL *y* ANDRÉ SIBOULET. *Un vol. (15'5 por 24'5 cm.) de 168 páginas, con 49 figuras; rústica. Precio: 2.100 francos. Gaston Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeón, París, VI. Año 1959.*

LOS autores, bien conocidos por sus trabajos sobre blenorragia y uretritis no gonocócicas, se han propuesto en esta obra dar las indicaciones precisas para el tratamiento de la blenorragia y de las uretritis debidas a otros agentes distintos del gonococo, que tanta importancia tienen hoy en patología uretrogenital, como son las causadas por tricomonas vaginales, responsables de muchas uretritis y vaginitis.

El tratamiento de la gonococia puede parecer simple; sin embargo, la morbilidad gonocócica persiste, por lo que es preciso investigar las causas y adaptar el tratamiento, para un mejor resultado social. Por otra parte, también es sabido que al cabo de uno o dos años el gonococo se muestra con frecuencia resistente a la penicilina y estreptomicina, planteando difíciles problemas que hay que resolver.

Por otra parte, las uretritis no gonocócicas son cada vez más frecuentes, y la actualidad e importancia de este asunto lleva a los autores, al comienzo de la obra, a discutir en detalle la etiología de todas las supuraciones uretrogenitales y a exponer las investigaciones de laboratorio precisas para llegar al diagnóstico.

El papel de las tricomonas se ha hecho preponderante incluso para el hombre. Además, el tratamiento de la tricomoniasis es largo y delicado. En esta monografía, el lector encontrará indicaciones muy útiles para el hallazgo del parásito y para el tratamiento de los trastornos que provoca. No obstante

las numerosas informaciones biológicas que los autores dan en el curso de su exposición, la orientación del libro es esencialmente práctica, y solamente desde el punto de vista sintomatológico se entretienen en la etiología. De aquí se desprende, poco a poco, la terapéutica conveniente para los diversos tipos de supuración observada.

La frecuenica de las «gotas uretrales» crónicas, de las pérdidas vaginales prolongadas y de su repercusión psíquica, también tienen un estudio detallado; pero, en conjunto, la obra cumple su finalidad esencial de interesar al práctico, tanto como al especialista, en la lucha contra estas persistentes molestias genitales.—RICARDO HORNO LIRIA.

ADENOMES HYPOPHYSAIRES, *por el doctor* G. GUIOT, *con la colaboración de* ARFEL, BRION, CHEGUILLAUME, ENNUYER, FANJOUX, FISCHGOLD, GUILLAUMAT, METZGER, MICHARD, THIBAUT, TOURNOUX *y* VOURC'H. *Un volumen (16'5 por 21 cm.) de 276 páginas, con 118 figuras; rústica. Precio: 3.800 francos. Masson et Cie., Editeurs. 120, Boul. Saint Germain, París, VI. 1958.*

LA importante ponencia presentada por sus autores a la reunión anual para 1958 de la «Société de Neurochirurgie de Langue Française» es reproducida íntegramente en este libro, que constituye una auténtica puesta al día del tema de los adenomas hipofisarios, tan frecuentes en la clínica.

El trabajo, expuesto con gran método y riqueza de datos de toda índole, está dividido en doce capítulos, cuya redacción ha corrido a cargo de uno o más coponentes, según la respectiva especialización de los mismos en relación con los aspectos tratados. He aquí los títulos, por los que el lector se dará cuenta del modo exhaustivo con que ha sido trabajada esta ponencia:

1. «Estudio general» (Guiot), en el que se da un resumen de los progresos realizados en el conocimiento y en la terapia de los adenomas de hipófisis, en los diecinueve años transcurridos desde la aparición de la famosa monografía de Henderson sobre el mismo tema (aspectos anatomoclínicos, radiológicos, endocrinológicos y operatorios).

12. «Endocrinología» (Michard), en el que se analizan los factores hormonales, tanto desde el punto de vista clínico como operatorio.

3. «Oftalmología» (Guillaumat), tan importante en esta clase de tumores (fondo de ojo, campos visuales, motilidad intrínseca y extrínseca, etc.).

4. «Aspectos anatomoclínicos de los adenomas cromófobos» (Guiot y Fanjoux).

5. «Radiología y correlaciones radiooftalmológicas» (Metzer y Fischgold), con magníficos grabados y esquemas radiográficos.

6. «Electroencéfalografía» (Mme. Arfel), de resultados inciertos para el diagnóstico de estas lesiones, pero que a veces resulta de gran utilidad.

7. «Histología» (Brion y Fanjoux), con una excelente colección de microfotografías.

8. «Tratamiento quirúrgico» (Guiot), describiendo las técnicas de exéresis por las vías intracraneal y transesfenoidal.

9. «La anestesia en las hipofisectomías» (Vourc'h).

10. «Radioterapia transcutánea» (Ennuyer y Cheguillaume), detallando las técnicas y dosificaciones más modernas y eficaces.

11. «La implantación estereotáxica de isótopos radiactivos» (Tournoux), con sus acpectos técnicos, indicaciones y valorización de los resultados.

12. «Bibliografía», en la que se hace una revisión, muy completa, de los trabajos generales y monográficos aparecidos en la literatura universal acerca de la materia. Al final, un índice del contenido de cada capítulo.

No dudamos en calificar este libro como la «biblia» actual sobre los adenomas hipofisarios ,cuyo estudio y consulta resulta imprescindible para cuantos se interesen sobre este tema, tan importante, de la neurología y de la neurocirugía. Ni que decir tiene que la edición es irreprochable, en magnífico papel satinado, como es norma en la prestigiosa Editorial Masson.—REY ARDID.

COLLAGÉNOSES. ENDOCARDITES MALIGNES. THERAPÉUTIQUE DES AFFECTIONS VASCULAIRES, *Comunicaciones al XXXI Congreso Francés de Medicina. París, 1957. Un vol. (16 por 24 cm.) de 246 páginas, con 44 figuras y cuadros; rústica. Precio: 2.500 francos. Masson et Cie., Editeurs. 120, Boulevard Saint Germain, París, VI. 1958* .

SE recogen en este volumen, pulcramente editado por la casa Masson, las comunicaciones y discusiones a las ponencias del Congreso de Medicina de París, de 1957, así como los discursos inaugurales y de clausura de las personalidades médicas asistentes al mismo.

El enunciado de los temas fundamentales ya es indicio del interés de las comunicaciones que se recogen en este volumen, que en conjunto constituye una excelente puesta al día de las materias estudiadas.

Es difícil recoger aquí el contenido de todos los trabajos presentados, y por ello nos limitaremos a comentar brevemente los que nos han parecido de mayor interés general.

En el tema de colagenosis ocupa un lugar primordial el lupus eritematoso agudo, al que se dedican cuatro de las seis comunicaciones presentadas.

Todos los autores señalan la frecuencia actual de este cuadro, que hace diez años se consideraba como una rareza y que hoy se diagnostica mucho más.

El diagnóstico se centra en el fenómeno de Hargraves, que Bertrand estudia en diez casos; pero los mayores problemas los plantea la terapéutica. Parece ser que los tratamientos con esteroides no resuelven toalmente el problema, y Gruper, en una interesante comunicación, presenta un amplia experiencia en la utilización de la nivaquina, con resultados excelentes.

En la discusión de la ponencia, Roskam sostiene que los mejores resultados se obtienen con dosis de aspirina de 7 a 8 gramos diarios, mantenidos durante varias semanas. El mecanismo de acción es por medio de un estímulo diencéfalo hipofisario sobre la secreción de córticosteroides por las suprarrenales. Con ella se evita la atrofia suprarrenal consecutiva a los tratamientos cortisónicos, aparte de las razones económicas, que no deben olvidarse en muchos casos.

En lo que respecta al tema de las endocarditis malignas, la mayoría de las comunicaciones insisten en el hecho de que su frecuencia ha aumentado últimamente, así como su gravedad. Los mayores problemas los plantean las endocarditis con hemocultivo negativo. Son varias las descripciones de focos encapsulados en las válvulas, que mantienen la septicemia y provocan con frecuencia una perforación valvular que complica más el cuadro.

Hay varias comunicaciones de endocardiits infecciosas producidas por brucellas, estafilococos, difteria, etc., indicio de que las dificultades terapéuticas son cada vez mayores.

Tiene gran interés la comunicación de Gorelitz, sobre ciento cincuenta casos operados de cardio-pericardio-miopexia en enfermos coronarios y valvulares reumáticos, con buenos resultados a lo largo de ocho años de observación.

En el último grupo de comunicaciones referentes a la terapéutica de las afecciones vasculares cerebrales, destaca por su interés la de Roskam, que realiza una crítica de las dificultades de diagnóstico diferencial entre hemorragia y trombosis cerebral, y señala que lo más importante es sentar un diagnóstico pues la terapéutica de ambos procesos es contrapuesta y, por lo tanto, los errores diagnósticos condicionan terapéuticas que pueden ser nocivas.

Piney señala la utilidad del lipostabil como tratamiento de fondo de la ateroesclerosis, mejorando las lesiones vasculares cerebrales.

Las intervenciones neuroquirúrgicas (extirpación de los hematomas y operación de Sousa Pereira) son acogidas todavía con prevención por los clínicos, pero su eficacia es defendida por los neurocirujanos.

Creemos, en resumen, que la lectura de estas comunicaciones y discusiones es de verdadero interés para el internista.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

CARCINOMA OF THE LUNG, *por* J. R. BIGNALL. *Un vol. (17 por 25 cm.) de 298 páginas, con 62 figuras y 69 cuadros esquemáticos; encuadernación en tela. Precio: 55 chelines. Editorial E. S. Livingstone, Ltd., Edimburgh and London, 1958.*

EL autor es médico del Hospital Brompton, profesor del «Instituto de Enfermedades del Pecho» e investigador del Departamento de Investigaciones Radioterápicas del Instituto del Cáncer y del Real Hospital del Cáncer; también pertenece al equipo de investigadores del citado mal.

Cinco son las secciones en que se divide el libro, precedidas de una introducción en que hace historia de diversas páginas antiguas del cáncer.

La primera parte trata de la mortalidad del cáncer del pulmón en Inglaterra y Gales, exponiendo el material de estudio y métodos del mismo con una comparación de la mortalidad por diferentes regiones y naciones.

La parte segunda abarca los conocimientos actuales de las causas del cáncer del pulmón.

La parte tercera estudia la patología del cáncer pulmonar.

La cuarta se refiere al curso de esta enfermedad.

La quinta parte habla del tratamiento del cáncer en la actualidad.

Las primeras historias antiguas pertenecen a 1810, con la descripción, en la autopsia, de los hallazgos de este mal, imbricado con tuberculosis pulmonar por Bayle, hasta 1912, con otra historia relatada por Adler. Extensamente expone el autor la importancia en el desarrollo del cáncer de los polvos de materiales radiactivos, la industria del refinamiento del níquel, de la aparición del cáncer en los trabajadores del cromo, amianto, carbón, alquitrán, arsénico, que, según parece, la exposición a tasas de arsénico inorgánico en el aire es cancerígena; hierro, en el que también existe probablemente una relación entre los casos de cáncer de los obreros en esta industria y la presencia de polvos y humos de estas fábricas.

El problema de la importancia del humo del tabaco es interesante, pues parece existir unanimidad entre las comisiones de diferen-

tes naciones que trataron este problema. Determinados extractos del tabaco producen el cáncer de la piel en los animales. El humo del tabaco —leemos— es un factor causante del rápido crecimiento del cáncer epidermoide del pulmón; y más adelante afirma que hay una estrecha relación entre el cáncer y el humo del tabaco.

La atmósfera contaminada es otra de las causas favorecedoras del cáncer; más en Inglaterra, donde la contaminación de la atmósfera es tan densa.

Respecto a la influencia de las enfermedades crónicas pulmonares sobre el desarrollo del cáncer, aunque parece un factor desfavorable, es incierto cuanto se pueda afirmar sobre este particular.

Nada de interés acerca de los factores hereditarios del cáncer. Se refiere al hecho de no haberse encoontrado casos entre las personas del grupo ABO. No parece, sin embargo, relacionado el humo del tabaco para nada con las formas de adenocarcinomas y sí relacionado con otros tipos de células escamosas o de cánceres pulmonares por células en forma de granos de avena.

Acerca de la distribución de las metástasis del cáncer pulmonar prevalece, de diferentes estadísticas de autores, el hígado como más afectado, siendo el tiroides el que menos frecuentemente se afecta. Fallece el enfermo por una afectación del corazón, algunas veces, y otras, sin destrucción aparente de estructuras vitales. En el 80 por ciento de los casos pudo ser demostrada en el análisis del esputo la presencia de las células cancerosas. No es fácil demostrar las células cancerosas en el líquido pleural de los enfermos de cáncer de pulmón. En algunos casos, la electroforesis demuestra que el líquido pleural tiene una tasa de globulinas en algunos tipos de ellas, inferiores a las del suero.

Como es natural, afirma el autor que el estudio de los casos de cáncer dentro de un hospital no ofrece las mismas características en cuanto al sexo o tipo del tumor, que la real de la población entera. El cáncer aparece un poco más frecuentemente en lado derecho pulmonar que en el izquierdo, y en las zonas altas, que en las basales. No existe relación entre la edad del paciente y el lugar de implantación del tumor. Parece que las dos terceras partes de los operados fallecidos no tuvieron metástasis cerebral. Uno entre cada siete de los cancerosos de pulmón fallecieron de metástasis cerebral, y uno entre veinte fallecieron de hemoptisis violenta y fulminante. De dieciocho fallecidos radiados, dos tenían metástasis cerebral.

Se refiere el autor a la «fase silenciosa» del tumor, y ésta puede ser tal, que mientras el foco primario es mínimo, fallezca el enfermo de las metástasis.

Entre los síntomas conocidos (neuropatías y miopatías, osteoartropatías pulmonares, trastornos endocrinos y síndromes de Pancoart), se refiere el autor a otras raras manifestaciones, tales como la tromboflebitis recurrente y la acantosis nigricáns, parálisis cricofaríngea, síntomas abdominales iniciales, complicaciones cardíacas, y a casos de regresión del tumor. Uno de éstos, que no pudo ser operado ni radiado del cáncer derecho, a los cinco años había regresado la sombra atelectásica cancerosa, teniendo, sin embargo, una metástasis en el izquierdo y en el cráneo. La capacidad maligna del tumor, su situación pulmonar y la edad del enfermo son factores determinantes del curso de la enfermedad.

Para terminar, digamos que, para el autor, no es feliz el porvenir de los operados, pues en el mejor de los casos viven cinco años un 25 por ciento de los intervenidos.

Se trata de un libro modernísimo, en que queda expuesto cuanto hasta el día de hoy se sabe sobre este apasionante tema del cáncer del pulmón.—SAMITIER.

XIIe CONGRÈS NATIONAL DE LA TUBERCOLOSE. *Reunión de «rapports» publicados bajo la dirección del profesor* BARIÈTY. *Un vol. (16 por 24 cm.) de 206 páginas, con 22 figuras; rústica. Precio: 2.500 francos. Masson et Cie., Editeurs. 120, Boulevard St. Germain, París, VI. 1958.*

ESTE Congreso Nacional francés contra la tuberculosis se celebró en Montpellier, en el pasado año 1958, durante el mes de abril. Tres fueron los temas de evidente actualidad en él tratados: «De las perturbaciones funcionales en el transcurso del tratamiento de la tuberculosis pulmonar», con aportaciones acerca de la exploración pulmonar funcional; como segundo tema, «Las fístulas ganglibrónquicas tuberculosas fuera de la primoinfección», y como tercer tema, el de «Los riesgos de recaída en función de las nuevas terapéuticas médicas de la tuberculosis pulmonar y sus incidentes médicosociales».

La primera parte —la más difícil, porque al tisiólogo el problema de la exploración funcional y de sus estudios broncoespiroméfue estudiada por tres médicos de trícos y gasométricos le resulta menos sim-naria labor de investigación: Simonin, Sadoul y Durand. Hacen un estudio estadístico sobre los enfermos, demostrando que la tuberculosis pulmonar puede por sí misma llegar a una insuficiencia respiratoria, por la duración de la enfermedad misma, por los brotes sucesivos tuberculosos, por la extensión lesional, por la supuración bronquial asociada a veces, y por la afectación pleural.

El neumotórax, nos dicen que a pesar de

proseguirlo años, no entraña gravedad en la función pulmonar, si su actuación es correctamente llevada. Mientras que un neumo con cuatro o cinco punciones afectado de una exudación ligera puede producir graves alteraciones restrictivas funcionales respiratorias. Nada puede decirse del neumo extrapleural, en que las repercusiones corrientemente son graves para la función pulmonar propia. La mala reexpansión no sólo afecta a la ventilación, sino a la función circulatoria pulmonar, lo que puede mejorarse por una decorticación y kinesiterapia apropiada. La broncoespirometría antes de la exéresis evita graves complicaciones después de la intervención en cuanto a la mutilación de la función pulmonar. El examen funcional deberá hacerse tardíamente, pues realizado al poco de la intervención, los resultados en cuanto a pronóstico lejano son engañosos. La insuficiencia respiratoria de los tuberculosos es polimorfa, pues al lado de las ligadas a amputación pulmonar están las producidas por el enfisema sin amputación pulmonar operatoria. Las complicaciones cardíacas van ligadas en el tuberculoso a las complicaciones ventilatorias. El *cor pulmonale* crónico en el tuberculoso se ve favorecido por el reposo, la falta de ejercicio y las intervenciones, cada una de las cuales, o de las formas de tratamiento, comentan y estudian los ponnetes. En 1958, la curación de un tísico, nos dicen, debe ser obtenida a precio de una mutilación tan discreta como sea posible. Deben hacerse abundantes investigaciones funcionales y no quedar esto como mero acto universitario de investigación.

El segundo tema, de tanto interés, lo exponen los doctores Levi, Molinay Zaffran. Se creía hasta la época de la broncoscopia, y con ésta, que era sólo la perforación ganglionar fruto de la tuberculosis del niño, mientras que hoy se confirma que se da lo mismo en el anciano, a juzgar por los hallazgos de las autopsias y del estudio de las piezas de exéresis, lo que realmente nos confirman las opiniones de Cayol y Schwartz, ya descritas por el primero en 1810. Puede realizarse la perforación en el árbol bronquial en el esófago, mediastino, pleura, vasos gruesos, etc. En setecientos cincuenta musulmanes hallaron en trescientos casos, entre la edad de 16 a 70 años, una perforación ganglionar por la broncoscopia. La diversidad de autores, con sus técnicas y apreciaciones, son causa de la disparidad de datos a este respecto. La clínica clásica, la tomografía y la radiografía, juntamente con la broncoscopia, hacen el diagnóstico. Más frecuente en la mujer que en el hombre. Parece que la «n-yperita», como tratamiento, ha dado buenos resultados, según Apóstol. No está resuelto el problema de cómo aparece la tuberculosis pulmonar a partir de un foco linfadenobroncógeno.

En el tercer tema, debido a Vidal y Guin, se afirma que para hablar de recaídas debe por lo menos haber pasado un período de cuatro años para que el estudio del curado sea perfecto. Los tratados con antibióticos recaen entre un 4'2 y un 35'7 por ciento, datos bien diferentes. Parece que el segundo año es el de mayor preponderancia de la recaída. Es el mismo lugar de la lesión donde en las cuatro quintas partes de las veces se reproduce la enfermedad. La edad del enfermo, los jóvenes, la antigüedad de las lesiones, la forma úlcerocaseosa, la duración del tratamiento y su rapidez en establecerse la curación, serán datos de inestimable valor para poder prever una recaída. La que cura antes, cualquiera que sea su forma clínica, es la que menos recae, y si el enfermo fué tratado en hospital, recae doble número de veces que en sanatorio.

Las opacidades nodulares homogéneas entrañan peor pronóstico que las imágenes cicatrizales residuales, comprobadas en el momento de la curación aparente Los enfermos que recaen después de un tratamiento antibiótico, curan en el 80 por ciento de los casos con el mismo tratamiento. El alcoholismo es factor importante de recaída, así como determinadas circunstancias sociales que enumeran. El empleo desordenado de los antibióticos, y el tomarlos sin reposo alguno, es grave causa de recaída y de no curación del enfermo. El número de enfermos que a partir de 1954 se tratan por médicos no especialistas aumenta sin cesar; es causa también de un incremento de las recaídas por tratamiento imperfecto, el que el tratar la tuberculosis aparentemente a los ojos del enfermo resulte tan fácil. Aun con tratamientos correctamente llevados, es cada vez más difícil hacer que acepten los enfermos el inevitable reposo, encontrándose en el período de la convalecencia expuestos a todas las causas que despiertan de nuevo la enfermedad. El mal uso de los antibióticos compromete una fácil curación donde todo hubiera sido fácil el llevarlo a buen fin.

He aquí cómo el problema de la curación de la tuberculosis se ha complicado, y, por ende, el no menos difícil del tratamiento de los enfermos que recaen.

El libro ha sido editado cuidadosamente por la Editorial Masson. La primera parte tiene diecinueve figuras y veintiún cuadros esquemáticos. La segunda, cuatro figuras y una lámina en color. Indudablemente, los temas tratados en este Congreso francés fueron de un gran interés internacional también, y por esto la edición del libro que comentamos habrá constituído un éxito para la Editorial.—SAMITIER.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 399 - TOMO LXVII
JUNIO 1959

REVISTAS

NACIONALES

MEDICINA

SÁNCHEZ GALLEGO, R.—«EL LABORATORIO EN LOS DERRAMES DE LAS MEMBRANAS SEROSAS.» *«Archivos Españoles de Medicina Interna», 5, 2, 71. 1959. Barcelona.*

REVISA el autor en este trabajo los datos que pueden obtenerse mediante el análisis en el laboratorio de los líquidos de derrame de las membranas serosas.

Agrupa las técnicas de punción de las distintas cavidades, pleural, pericárdica, peritoneal, sinovial, etc., así como los datos químicos y citológicos que pueden obtenerse en cada caso, señalando la utilidad diagnóstica de los datos recogidos.

En la segunda parte de su revisión analiza la posibilidad de realizar el diagnóstico etiológico del derrame seroso en función de los resultados de las pruebas de laboratorio practicadas.

Se trata de un trabajo de revisión muy útil por lo bien sistematizado, que tiene indudable interés práctico, pues nos da una norma a seguir en presencia de estos derrames.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

APARATO CIRCULATORIO

VARELA SEIJAS, J.; FERNÁNDEZ ARENAS, A., y ESQUIVEL JIMÉNEZ, A. (Madrid).—«SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE LA ONDA U Y DEL ESPACIO T-U DEL E. C. G. EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.» *«Revista Clínica Española», 72, 2, 87. 1958. Madrid.*

LOS autores han hecho un estudio comparativo entre las modificaciones de la onda U y el espacio T-U del E. C. G. en enfermos hipertensos, relacionando estas modificaciones con la cifra de tensión diastólica, la función renal, el estado del fondo de ojo, la hipertrofia ventricular izquierda y otros signos electrocardiográficos.

Deducen del estudio realizado que la onda U y el espacio T-U se alteran muy precozmente en estos hipertensos, y que la cuantía de la alteración se relaciona estrechamente con el estado de gravedad de la enfermedad, por lo que, aparte de su valor diagnóstico, el estudio de la onda U tiene un indudable interés pronóstico.

Comprueban que no existe ninguna relación entre la onda U y los otros accidentes del E. C. G., como ya se suponía previamente por proceder aquélla de potenciales ulteriores negativos.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

PATOLOGÍA GENERAL

MERCHANTE, A.; ORTEGA, R.; CASTRO H., y GIMÉNEZ DÍAZ, C. (Madrid). «LA NEFROPATÍA EXPERIMENTAL POR UN AMINONUCLEÓSIDO DE LA PUROMICINA.» *«Revista Clínica Española», 71, 4, 223. Madrid, 1958.*

LOS autores han estudiado en dos lotes de ratas adultas la nefropatía producida por la intoxicación con puromicina (6-dimetil aminopurina-3 amino-d-ribósido) a la dosis de 4 miligramos diarios, en el primer lote, y de 2 miligramos, en el segundo.

El estudio bioquímico de sangre y orina muestra el cuadro típico de una nefrosis lipoide, de intensidad grande, en el lote tratado con 4 miligramos (en el que parte de las ratas murieron), y mediana en los tratados con 2 miligramos, que se recuperaron en su totalidad.

Histológicamente se apreciaron en el riñón lesiones tubulares con obstrucción del túbulo por masas albuminosas; pero también se comprobó un engrosamiento del epitelio glomerular con zonas de necrosis.

Existían además moderadas lesiones en parénquima hepático; pero el predominio de las lesiones renales permitía casi considerar éstas como específicas del tóxico.

Parte de las ratas fueron tratadas por un extracto renal activo, S. A. R., pudiendo apreciarse una clara mejoría en la evolución y una mayor rapidez en la curación de la albuminuria después de suprimido el tóxico.

Suponen los autores que la nefrosis sería debida a una alteración enzimática producida por el tóxico, acción que sería inhibida por algún componente activo del riñón que se encuentra en el extracto renal S. A. R. con que fueron tratados los animales.

Se trata de una aportación de interés al problema de gran actualidad de la etiopatopatogenia de las nefritis y nefrosis.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

PEDIATRÍA

PÉREZ PETINTO (Madrid). — «SOBRE LAS INTOXICACIONES EN PEDIATRÍA. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.» *«Boletín de la Sociedad de Pediatría de Madrid», núm. 22, págs. 1-50, enero 1959. Madrid.*

EL presente artículo es una fiel transcripción de la conferencia que dió el doctor don Manuel P. de Petinto en la Sociedad Pediátrica Matritense, juntamente con las discusiones motivadas por las intervenciones de varios colegas.

Bastaría señalar el nombre del autor para cumplir el crítico su misión. Petinto ...así, a secas... es una de las figuras señeras de la Medicina patria; la elocuencia de su palabra o la galanura del estilo de su pluma son simplemente el halo ornamental de sus magistrales y profundos trabajos. Sin recurrir a la hipérbole y sin olvidar a otros grandes maestros que tanto lustre dan a nuestra Medicina, pudiera afirmarse que cuantos problemas plantean las intoxicaciones en la infancia, nadie más capacitado que él para abordarlos; no en balde su personalidad científica, sin fisuras, ostenta o descansa sobre el doble pedestal de pediatra y forense, disciplinas donde llegó ya a sus cimas hace decenios.

Si su larga conferencia deleitó a quienes tuvieron la suerte de escucharle, su palabra, plasmada ahora merced al arte de la imprenta, se lee de un tirón, sin darse cuenta de que transcurren cincuenta páginas. Debe radicar el secreto en que la aridez de la materia de continuo la serpentea por la anécdota aleccionadora, el detalle clarividente o la intercalación de la nota irónica y de la frase humorística, rara habilidad al hablar de tóxicos y envenenamientos con sus desagradables consecuencias. Añadamos que toda su temática es originalísima, refiriéndose de continuo a casuística personal, y cuando no habla de lo que vió y trató, es para referirse a la cita más moderna o al maestro que encauzó primeramente el problema, es decir, hermanando el ayer y el hoy, auténtica historia de las intoxicaciones en pediatría.

Sin embargo, para afirmar que hace un estudio exhaustivo del tema faltaría un apartado: el de aquellas intoxicaciones atribuibles a la impericia del propio galeno: por desconocer la susceptibilidad del niño a ciertos compuestos, por manejo imprudente del tóxico o por temeridad al utilizar ciertas técnicas o compuestos en vías de experimentación. Mas el maestro Petinto es sólo bondad, carece de hiel y el compañerismo es en sus normas una especie de ente sagrado.

Esbocemos finalmente, para quien no pueda leerle, los guiones de su trabajo. Tras unas palabras justificativas de su presencia en la docta Sociedad, divide el tema en dos partes: la primera la subdivide en los siguientes apartados, titulados: «Anestesia y parto», «Anoxia neonatal», «Anoxia tóxica», «Toxicosis», «Intoxicaciones en el hogar al comenzar la autonomía prensil de los niños», «Productos de empleo inmediato en las casas y especialmente tóxicos en los niños», «Intoxicaciones en el campo por plantas y animales venenosos», «Intoxicaciones medicamentosas», «Toxicidad psicológica de los medicamentos». La parte segunda abarca los siguientes capítulos, cuyos enunciados son: «Frecuencia de intoxicaciones», «Tóxico y veneno», «Metabolismo de los tóxicos», «Fisiopatología y diagnóstico de la intoxicación», «Normas generales del tratamiento urgente», «Aspectos legales».

Intervinieron en la discusión o pidieron aclaraciones los doctores Crespo Santillana, Tena, Piga, Garrido-Lestache y Lestache Cabrera, a quienes contestó cumplidamente el doctor P. de Petinto.—LUIS DEL CAMPO.

SALA GINABREDA, J. M. (Barcelona). — «NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS FORMAS GRAVES ESPINOBULBARES DE LA POLIOMIELITIS. RELACIÓN DE VEINTISIETE CASOS EN NIÑOS ENTRE 0 Y 12 AÑOS.» *«Medicina Clínica», 31, 3, 157. Barcelona, 1958.*

RECOGE el autor, en este artículo, la experiencia del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Municipal de Barcelona en el tratamiento de la poliomielitis.

De sesenta y seis casos vistos en dos años, veintisiete eran formas graves espinobulbares, cuyas historias y evolución recoge divididas en tres grupos: 1.º Niños tratados con pulmón artificial. 2.º Niños tratados con traqueotomía; y 3.º Niños tratados con tranqueotomía y respiración controlada con presión positiva.

Los resultados no son muy buenos, pero resultan alentadores comparados con la suma gravedad de las formas espinobulbares, siendo de destacar la necesidad de un auténtico trabajo de equipo con abundante personal es-

pecializado para llevar adelante el tratamiento de todos estos casos.

Es esta necesidad de personal y material la que aconseja la creación de los servicios especializados en el tratamiento de estas formas malignas de la poliomielitis, para aumentar las garantías de curación y recuperación.

G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

EXTRANJERAS

NUTRICIÓN

TREMOLIERS, J. — «SOBRE EL BALANCE DEL NITRÓGENO.» (*Presse Medicale*), *65, 160.* 1957.

LAS proteínas de los alimentos constituyen la única fuente de suministro de aminoácidos para que el organismo forme sus propios tejidos protéicos y también el más precioso elemento de formación de gran número de biocatalizadores y de otras sustancias necesarias para el normal funcionalismo. Los tejidos protéicos están formándose y neoformándose continuamente, no sólo durante la fase de crecimiento del individuo, sino, aun cuando en menor parte, durante toda la vida. Según las necesidades de un momento dado las proteínas de un tejido, un órgano o un sistema pueden ser formadas mediante la destrucción y recomposición de las proteínas de otro sistema, órgano o tejido cualquiera, del mismo modo que un mosaico puede ser fabricado con las piezas de otro mosaico diferente. Ciertos agentes catalizadores actúan sobre las cadenas de polipéptidos y hacer verdaderos milagros de conversión y reconversión. Nace así con la escuela americana el concepto del «estado dinámico del balance de las proteínas», en el cual el nitrógeno es llevado continuamente de unos a otros tejidos, según se ha comprobado recientemente mediante los estudios con isótopos radioactivos.

Este nuevo concepto sobre el metabolismo de las proteínas dificulta la separación, ya clásica, de los aminoácidos de procedencia exógena (alimentos) y de los alimentos de origen endógeno (tejidos), no obstante lo cual todavía se mantienen algunas ideas, como la que se refiere al metabolismo endógeno de la creatinina, independiente en absoluto del aporte de las proteínas de los alimentos, y muy relacionado, sin embargo, con la excreción de urea, influenciada ésta por la alimentación. En los últimos meses, investigaciones de ALLISON permiten asegurar que la administración al hombre sano de elevadas cantidades de metionina o de glucociamina aumentan marcadamente la excreción de creatinina.

Para la síntesis normal de las proteínas del cuerpo humano son necesarios veintidós aminoácidos diferentes, constituyendo la ausencia de uno solo de ellos causa suficiente para el fracaso en la formación de las cadenas de polipéptidos. El organismo es capaz de sintetizar muchos de estos ácidos aminados, pero no todos, siendo así necesaria su aportación efectiva con los alimentos de cada día. Estos aminoácidos que sólo llegan a los tejidos cuando los aportan las sustancias alimenticias son denominados desde la época de Rose como «esenciales».

La cantidad de nitrógeno total almacenado en el organismo es la suma del contenido en los aminoácidos que forman parte de él. Los aminoácidos esenciales, esto es, incapaces de ser sintetizados por el organismo humano, son: la isoleucina, la leucina, la lisina, la metionina, la cistina, la fenilalanina, la treonina, el triptófano y la valina. Una dieta protéica rica en nitrógeno, pero en la cual falte uno o más de estos elementos, es causa del fracaso de la nutrición normal del individuo. La adopción de esta dieta carencial determina un aumento notable en la lisis de los tejidos protéicos, como un desesperado intento del organismo carenciado para encontrar los ácidos aminados que le faltan, o bien para sustituir los faltantes por otros parecidos; ello lleva a un aumento en la excreción de urea, que condiciona el hundimiento del balance total del nitrógeno. En el terreno de la experimentación, la mayoría de los trabajos han sido llevados a cabo sobre animales alimentados exclusivamente con pan de gluten, alimento protéico ausente de lisina y triptófano; la adición de huevo cocido a la dieta de estos animales no se basta para enderezar la catástrofe metabólica producida.

El balance del nitrógeno es, sencillamente, el saldo de las ganancias y las pérdidas de este elemento mineral, efectuado por una sencilla fórmula de contraste entre su aportación en las proteínas de la ración alimenticia diaria y su excreción en la orina y las heces fecales del mismo período de tiempo. Un balance positivo del nitrógeno supone un mayor aporte del requerido para el equilibrio metabólico del organismo, y es la garantía del éxito en determinadas circunstancias fisiológicas, por ejemplo, el crecimiento, la lucha contra una enfermedad infecciosa o el reglaje normal de todo el sistema endocrino. Un niño que recibe menos nitrógeno del que pierde en sus excretas cada día, podrá estar muy gordo y hasta tener un aspecto saludable, pero no crecerá ni un solo centímetro. Un adulto colocado en las mismas condiciones, encontrará bastantes dificultades para vencer una pequeña infección, por más antibióticos que se le suministren.

A menudo se desequilibra parcialmente el balance del nitrógeno por la anarquía de una parte de este sistema. Tal ocurre en las neoplasias, especialmente en los sarcomas, y también en algunas graves enfermedades de la glándula hepática. Se establece así un balance «particular» del nitrógeno, de carácter positivo, consumiéndose a la fuerza en la tumoración o en el hígado cirrósico los aminoácidos de los demás tejidos del organismo, sea cualquiera su cuantía de aportación con los alimentos.

Los depósitos más lábiles de proteínas son el citoplasma celular y la albúmina plasmática. El tamaño de las células disminuye notablemente en las deficiencias protéicas, y el espectro protéico del plasma sanguíneo se modifica con las características de todos conocidas.

Naturalmente, que al comienzo de un balance negativo del nitrógeno, el organismo procura reducir todo lo posible el catabolismo de las proteínas, lo cual se observa al valorar la urea de la orina, considerablemente descendida; pero esta medida compensadora tiene un límite, pasado el cual se derrumba todo el equilibrio metabólico. La medida contraria, esto es, el aumento de la urea urinaria, es el índice más fiel de un exagerado consumo alimenticio de sustancias protéicas.

Es, naturalmente, falso el dato del aporte protéico alimenticio cuando solamente se tiene en cuenta el contenido de proteínas de los alimentos ingeridos. Hay que contar, como en cualquier balance metabólico, con las pérdidas por falta de digestibilidad de algunos alimentos. Los huevos de gallina crudos contienen un factor antitrípsico que dificulta notablemente su asimilación, a menos que el estómago del sujeto que los recibe funcione perfectamente, segregando los fermentos precisos para disgregar a tiempo tal factor. Los esfuerzos del organismo por compensar las dificultades del metabolismo de las proteínas son tales que, según Melnick, los sujetos incapaces de digerir y absorber huevos en tales condiciones, los asimilan casi perfectamente cuando han sido puestos previamente a una dieta experimental carenciada en otras proteínas. La conocida frase de «a buen hambre no hay pan duro», podría aquí ser aplicada para expresar el esfuerzo del individuo hambriento de proteínas para absorber las sustancias que antes no conseguían ser absorbidas.

Son interesantes las experiencias de Allison, encaminadas a precisar la posibilidad de conseguir un balance del nitrógeno positivo en el hombre adulto con un solo alimento protéico. Esta posibilidad, naturalmente, no existe, siendo precisa la asociación de dos o más alimentos para el equilibrio metabólico. No obstante ello, es conveniente saber que los huevos de gallina hervidos, constituyen, junto con la carne de vaca, los óptimos componentes de la dieta para llegar al equilibrio del nitrógeno.

Los estudios del mismo autor americano han precisado la cantidad de nitrógeno necesario para el mantenimiento del balance con cada alimento. Esta sería de 4 gramos por metro cuadrado de superficie orgánica, tratándose de las proteínas del huevo de gallina; de 5'2 gramos, si se trataba de la carne de vaca o de ternera; de 9'1 gramos, tratándose del pan de gluten. Este último alimento es particularmente pobre en lisina y, por ello, de menor capacidad para la corrección metabólica protéica.

En la práctica son necesarios de 0'5 a 1 gramo diario de proteínas por cada kilo de peso en el hombre adulto sano, para el mantenimiento de un buen balance protéico, oscilando esta cantidad según como sea la clase de los alimentos ingeridos.

En la edad del crecimiento, la cuota de proteínas debe ser aumentada, en relación con el peso del niño, de cinco a diez veces, esto es, que, en general, son necesarios de 2'5 a 5 gramos por kilo de peso de estos factores alimenticios si deseamos hacer progresar una estatura, requiriéndose en algunos casos difíciles hasta 10 gramos por kilo para lograr la corrección metabólica. La leche, la carne muscular y los huevos son los alimentos de elección en estos casos.

Cuando el balance del nitrógeno se hace negativo, disminuyen, en primer lugar, las proteínas del plasma sanguíneo, reduciéndose también el volumen plasmático, al mismo tiempo que aumenta el total de los fúidos

extracelulares. Hay una hipoproteinemia global, pero casi siempre esta hipoproteinemia es más acentuada en la fracción albuminoidea, manteniéndose casi normales, y, por ello, proporcionalmente aumentadas, las globulinas.

Siendo el hígado el almacén mayor de proteínas y de fermentos fabricados con éstas, es en él en donde se observan mayores modificaciones biológicas ante una negativación del balance del nitrógeno. Algunos sistemas fermentativos, como el de la xantino-oxidasa, dejan de ser fabricados, disminuyendo también notablemente todos los recursos bioquímicos que realizan la desintoxicación de numerosas sustancias. El sistema circulatorio y los tejidos nerviosos sufren con ello extremadamente, y la economía toda recibe el choque de la carencia protéica. Todo el complejo de vitamina B, íntimamente asociado a las proteínas en la formación de los fermentos, fracasa en su actividad polifacética, y es inútil su administración masiva a los pacientes si ésta no va acompañada de los alimentos ricos en proteínas de alto valor nutritivo. Cualquier pequeña intoxicación pone entonces al organismo en un grave peligro, al faltarle los factores que puedan contrarrestarla.

Para una normal nutrición es necesario un aporte calórico correcto, al mismo tiempo que un correcto cupo de alimentos nitrogenados. Según Munro, hay una cifra óptima en lo que a calorías se refiere para la cantidad de proteínas necesarias en cada caso individual. La reducción perjudicial de calorías incrementa el catabolismo protéico y desarregla por sí sola el balance del nitrógeno. Por otra parte, cuando el aporte protéico es grande, es preciso también que sea mayor la cantidad global de calorías. — E. ARIAS VALLEJO.

PATOLOGÍA

BOTHWELL, M.; PIRZIO-BIROLI, P., y FINCK, J. K. — «SOBRE LA CARENCIA DE HIERRO EN EL ORGANISMO.» (*J. Lab. Clin. Med. 51, 24. 1958.*

EL hierro iónico es tan necesario como potencialmente tóxico al organismo, dependiendo su aprovechamiento y, por otra parte su toxicidad, de la forma química en que este metal resulta transportado y almacenado por los distintos flúidos y órganos de la economía.

En los tejidos animales y humanos el hierro está asociado a una proteína específica, bajo la forma de un quelato hidrosoluble denominado ferritina. Otra sustancia hidrosoluble, la hemosiderina, constituye, con la anterior, los depósitos principales de este metal en el organismo. Desde el punto de vista de su transporte, el hierro circula por el plasma asociado a la globulina b-1, en forma de transferrina. No hay que olvidar que la mayor parte del hierro orgánico es de forma férrica y que solamente la forma ferrosa es capaz de penetrar a través de las membranas celulares. En la experimentación «in vitro» (o en los casos de hipoxia, en el sujeto vivo) la liberación del hierro de la ferritina solamente es posible por la reducción de las cadenas de disulfito hasta el estado de grupos sulfidrílicos libres (Mazur). Los estados de hipoxia contribuyen a la liberación del metal hierro merced al fermento xantino-oxidasa, debiendo asociarse esta toma del hierro con el metabolismo de las purinas y la formación del ácido úrico (Green y Mazur).

El concepto de la naturaleza de los almacenes de hierro en el organismo humano ha cambiado mucho en los últimos años. Desde considerarlo como un mero depósito geológico de los tejidos hasta llegar a la idea de hemosiderina como fuente principal del metal. El microscopio electrónico ha permitido ver los gránulos de ferritina encuadrados en una matriz histoquímica que contiene un mucopolisacárido, una proteína y una fracción lípida. La hemosiderina parece, a juicio de Richter, de las mitocondrias alteradas, a las que denomina este autor «sideromas». Es conocido el hecho del excesivo almacenamiento de hemosiderina que caracteriza la enfermedad denominada hemocromatosis, la cual parece debida, según Golberg, al déficit relativo de cuerpos antioxidantes en los tejidos, principalmente a la carencia en vitamina E.

En el feto humano las reservas de hierro se forman exclusivamente de hemoglobina, formación que tiene lugar en el último trimestre del embarazo. El nacimiento de un niño prematuro condiciona así un déficit del hierro almacenado, déficit que no bastará para abastecer las necesidades del recién nacido hasta llegar al trigésimo mes de su vida. El desarrollo de esta criatura será muy pobre, habiendo de recurrirse a la administración de hierro en la leche que forma su alimento, con el riesgo de producir, aun en mínimas dosis de este metal, la consabida gastroenteritis.

Hay, generalmente, una despreocupación por la anemia de la mujer embarazada, a pesar de que hoy sabemos que una gestante anémica da a luz necesariamente hijos con escasas reservas de hierro.

El déficit de hierro en el niño recién nacido determina un cuadro generalizado y subclínico semejante al de las avitaminosis generalizadas; razonable semejanza, puesto que en sí es, como ellas, un fracaso en los sistemas fermentativos más importantes del organismo. Antes de que la anemia pueda ser descubierta por la determinación habitual de la hemoglobina y el recuento de los hematíes, disminuye notablemente, por ejemplo, el contenido hepático y renal de citocromo C en estos niños con escasas reservas de hierro. Algo análogo sucede con la catalasa.

Los niños que sufren una carencia de hierro presentan alteraciones epiteliales muy características, que responden prontamente a la medicación marcial. Una especial dispepsia con pérdida del apetito e hipoclorhidria, e incluso aclorhidria, son las consecuencias de este déficit. Hay que insistir sobre estas características de la acidez gástrica de estos enfermitos, puesto que hasta hace pocos años se consideraba a la aquilia gástrica como factor condicionante del déficit en hierro, y en el caso que nos ocupa las cosas suceden al revés, siendo esta carencia la que condiciona la falta de la secreción gástrica, la cual puede solucionarse mediante la aportación terapéutica de hierro, por vía bucal o, mejor aún, en forma de inyección.

Es muy difícil diagnosticar el estado de saturación de los almacenes de hierro del organismo. Las pruebas basadas en la respuesta del hierro sérico a la administración de una dosis de hierro terapéutico son totalmente falsas. Las técnicas con radioisótopos no han resuelto tampoco el problema. La valoración más objetiva consiste en el examen histoquímico de una biopsia de medula ósea estudiada mediante el microscopio electrónico. El aspecto de la hemosiderina ya hemos dicho que es muy característico en los sujetos carentes en hierro.

La absorción intestinal del hierro a partir de los alimentos o de los preparados medicamentosos que contiene este metal ha sido objeto de excelentes y numerosas investigaciones en los últimos años. Se ha llegado así al concepto de la «barrera mucosa» como aduana difícil de pasar, especialmente si los almacenes de hierro del organismo se encuentran saturados. Los trabajos recientes de Bothwell y colaboradores demuestran que una dosis de 5 miligramos de sales de hierro es absorbida en proporción del 15 por ciento, en un sujeto sano, y en proporción del 80 por ciento, en un sujeto anémico. Una persona adulta de peso normal absorbe diariamente de 2 a 6 miligramos de hierro alimenticio y no aumenta esta absorción hasta que los almacenes de hierro de su organismo han descendido al 80 por ciento de su nivel normal. Contra lo que se ha dicho, ni el ácido ascórbico ni el cobalto tienen nada que ver con la absorción intestinal del hierro, absorción que es mucho más fácil cuando el hierro medicamentoso se toma en ayunas, sin mezclarlo con los alimentos, facilidad que tiene la desventaja de la consabida irritación del estómago y el intestino delgado por este metal. Las sales ferrosas son las más convenientes. En fin, las modernas preparaciones de hierro parenteral resuelven a veces un problema clínico de la carencia de hierro, de un modo extraordinariamente rápido. — E. ARIAS VALLEJO.

POLONOWSKI, J.; LEVY, G., y WALD, R. «ACCIÓN DE LOS SAPONIUMS SOBRE LAS PROTEÍNAS SÉRICAS. AISLAMIENTO DE LA SIDEROFILINA Y DEL SEROMUCOIDE ALFA 1.» (*Bulletin de la Societé de Chimie Biologique*), *núm. 9 y 10. Octubre 1958. París.*

ESTUDIAN los autores la acción de saponiums sobre las proteínas del suero, encontrando varias fracciones de precipitación, dependientes, ya del pH, ya de la cantidad de saponium añadido al suero. La adición progresiva de zéphirol (cloruro de alcoylbenzyl-dimetilamonio) al suero humano, a pH 10'5 conduce a la precipitación progresiva de todas las proteínas. Esta precipitación se hace, sin embargo, por fracciones, siendo la última en precipitar la siderofilina.

La electroforesis sobre papel y sobre agar permiten seguir la progresiva desaparición de las fracciones alfa globulina, gamma globulina y albúmina, así como la permanencia, sin precipitar, de una fracción beta globulínica. Para una dosis de 40 mg. de zéphirol por mg. de suero, no queda en éste mas que una sola fracción beta globulínica, no pura, conteniendo restos de gamma globulina y de un polisacárido alfa 1 globulínico. El estudio inmunoelectroforético de esta fracción beta globulínica, permite su identificación con la siderofilina.

La siderofilina así obtenida, todavía impura, puede ser desprovista de la gamma globulina por la acción del sulfato de amonio. Hecho esto se obtiene una siderofilina, homogénea a la electroforesis, pero que contiene aún el seromucoide ácido alfa 1. Estos dos constituyentes identificables por inmunoelectroforesis, pueden ser separados, ya por la acción del ácido perclórico, ya por el alcohol en las condiciones de un fraccionamiento de Cohn.—A. GUILLÉN.

D'AGATA, A. — «EL CLORAMFENICOL INTRODUCIDO POR VÍA ENDOVENOSA EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN EBERTHIANA.» (*Gaceta Sanitaria*), *año XII, núm. 3, páginas 38-40. 1957.*

YA en 1951 el autor comprobó la eficacia del cloramfenicol introducido por vía endovenosa a dosis muy inferiores a las usadas por vía oral. Entonces empleó el cloramfe-

nicol desleído en glicol-propileno, pero pudo observar que aun a pesar de su eficacia presentaba alguna intolerancia. Con la introducción del cloramfenicol succinato este problema queda solucionado.

El cloramfenicol succinato es muy soluble en agua, lo que permite obtener soluciones al 50 por ciento.

El autor trata varios casos de infección Eberthiana administrando el cloramfenicol succinato por vía endovenosa.

En todos los casos tratados fué perfectamente tolerable, aun usado a largo plazo.

Las dosis empleadas fueron, en unos casos, como *dosis inicial*, la de 0'500 gramos, cono cada ocho horas. En otros casos empieza con dosis iniciales de 1 gramo, continuando con 0'250 gramos cada doce horas, el resto con dosis de 0'500 gramos cada doce horas o cada ocho horas.

La administración cada doce horas llevaba consigo la desaparición de la fiebre en cuatro a seis días. Cuando se empleó cada ocho horas, la desaparición fué más rápida, entre dos a cuatro días.

Por lo general, después de la desaparición de la fiebre se continúa con el cloramfenicol por vía oral.

Las concentraciones hemáticas en cloramfenicol, siendo las dosis iniciales la de 1 gramo y las siguientes de 0'500 gramos cada ocho horas, dan una curva de contración hemática que se mantiene bastante achatada y siempre con valores superiores a los mínimos eficaces.

El autor se inclina, basado en su experiencia, que la dosis óptima en la infección Eberthiana, usando la vía endovenosa y el cloramfenicol succinato como único medicamento, es la de 1 gramo como dosis inicial y la de 0'500 gramos cada ocho horas como dosis de mantenimiento.—LAFUENTE.

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

ENDARA (Quito). — «APOPLEGÍA. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.» (*Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y disciplinas conexas), vol. V, núm. 19, páginas 331-345. Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana. Julio-Septiembre 1957. Quito (Ecuador).*

EL autor, tras de definir el ictus apoplético, diferencia sus diversos tipos, señalando como el más importante desde el punto de vista quirúrgico el de origen hemorrágico. Recuerda cómo el descubrimiento de la angiografía cerebral tuvo gran transcendencia, al permitir la localización exacta de la lesión hemorrágica, incluso con una representación gráfica. Estudia los diversos tipos de hematomas que se dan en la práctica como realidades clínicas, manifestando deben interpretarse como susceptibles de intervención quirúrgica todos los procesos hemorrágicos de naturaleza expansiva, si bien se impone una selección de los pacientes ante el riesgo que implica la intervención operatoria. Hace amplias consideraciones respecto a técnica quirúrgica y condensa en un cuadro resumen veinte enfermos con hemorragia cerebral que ha intervenido en el transcurso de dos años y medio, deduciendo como momento más portuno de intervención a partir del séptimo día, dando normas para la recuperación funcional de los operados, siendo básico mantener los miembros en buena posición, recomendando la precoz movilización de las articulaciones y segmentos orgánicos paralizados.—LUIS DEL CAMPO.

AYORA (Quito). — «PSICOLOGÍA DEL CHOQUE INTERHUMANO.» (*Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y disciplinas conexas), vol. V, núm. 19, páginas 315-325. Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana. Julio-Septiembre 1957. Quito (Ecuador).*

EL autor examina los componentes de la personalidad y la forma de reaccionar los individuos entre sí, especialmente enfocados desde el ángulo de sus discrepancias, base de conflictos interhumanos que pueden hacerse extensivos a grupos más amplios de la sociedad, de la colectividad, e incluso enfrentar a pueblos o razas mediante guerras. Expone cómo a través de la Historia de la Humanidad estos antagonismos se tradujeron en luchas intestinas o en conflictos armados fuera de las fronteras que constituyeron las nacionalidades, analizando las resultantes oprobiosas y económicas para vencedores y vencidos. Manifiesta que así como en las querellas judiciales es el magistrado o juez el árbitro al que se someten, con agrado o sin él, ambas partes, debería existir de la misma forma un organismo internacional que solventara los litigios entre las naciones; a este respecto se extiende en consideraciones sobre el papel representado, primero por la extinta Sociedad de Naciones y en la actualidad por las Naciones Unidas. Dedica buena parte de su trabajo a hacer distinciones de tipo político sobre el desarme y las razones de su fracaso, basadas en gran parte en mutuos recelos, apreciándose en toda su disertación un matiz pesimista sobre el futuro de las guerras, que las considera imposibles de yugular y de desaparecer, basándose principalmente en postulados de la personalidad humana. Termina con unas consideraciones sobre otras características del que llama choque psíquico dependiente de accidentes, donde la muerte o mutilación es consecuencia

obligada, cuyo porcentaje va in crescendo, a la par que embotando la sensibilidad humana; señala diversos ejemplos sacados de los accidentes automovilísticos en las carreteras, manifestando que el ídolo técnico nos fascina siendo el peligro lo de menos, y la hazaña deportiva es a veces capaz de anular el instinto de la conservación, camino que fatalmente parece haber seguido siempre el progreso humano.—LUIS DEL CAMPO.

ENDARA y RODRÍGUEZ (Quito). — «LA CORDOTOMÍA ANTEROLATERAL.» (*Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y disciplinas conexas), vol. V, núm. 20, páginas 521-546. Editorial Casa de Cultura Ecuatoriana. Octubre-Diciembre 1957. Quito (Ecuador).*

LOS autores hacen una detenida reseña histórica sobre la cordotomía anterior, precisando que hasta el año 1936 se habían descrito 350 casos en la literatura mundial sobre tal proceder quirúrgico; posteriormente, citan los autores mundiales que más se han distinguido sobre la cuestión. Señalan seguidamente, sin omitir nada, la anatomía y fisiología del dolor, juntamente con la forma de interferirlo y lo que es dable conseguir mediante la cordotomía, al seccionar la parte correspondiente de la medula espinal. Con lujo de detalles describen la técnica operatoria, anestesia empleada, vís más adecuada, preparación del enfermo, para citar seguidamente las principales indicaciones y complicaciones operatorias, así como la forma de evitarlas.

La labor personal de su trabajo se precisa en el resumen de un cuadro donde se esquematizan veinte casos que han tratado, especialmente de cánceres de matriz. Los resultados obtenidos, únicamente como paliativos del dolor, les hace dictar como una de sus conclusiones el recomendar calurosamente este medio quirúrgico en enfermos similares a los suyos.—LUIS DEL CAMPO.

CORNEJO (Quito). — «LA SENTENCIA INDETERMINADA.» (*Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y disciplinas conexas), vol. V, núm. 20, páginas 512-520. Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana. Octubre-Diciembre 1957. Quito (Ecuador).*

EL autor, profesor de ciencias penales y criminología en la República del Ecuador, estudia brillantemente los sistemas puestos en práctica, a través de la Historia, sobre fines que debe cumplir toda sentencia penal. Recuerda la época del absolutismo con la venalidad de los jueces, siendo la voluntad omnímoda del juzgador la única razón de la justicia penal. Sigue precisando el desarrollo del dogma «nullum crimen, nulla paena, sine lege», que viene a ser posteriormente la raíz del Derecho Penal, precisando ya en la Carta Magna inglesa y en la Declaración de los Derechos del Hombre en Filadelfia en 1776 y durante la revolución francesa, principios que influyeron decisivamente desde estas fechas en la totalidad de códigos de las diversas naciones.

Desarrolla la nueva tesis de que ha de buscarse en la pena el medio que tienda a la reeducación y adaptación de las cualidades personales del hombre al medio ambiente moral y social de los pueblos. Así sugieren distinguidos autores, tratadistas de Derecho, la aplicación de la llamada «sentencia indeterminada», consistente en mantener la pena durante todo el tiempo que persista la perversidad del delincuente, cesar si se corrige y continuar obrando sobre el penado si éste no da muestras de corrección y enmienda. A defender estos principios dedica el autor todo el resto de su brillante artículo, proponiendo finalmente, a modo de conclusiones, una serie de modificaciones en el articulado del Código Penal vigente en su país.—LUIS DEL CAMPO.

PEDIATRÍA

LAZARESCU, N. — «NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO DEL LACTANTE.» «*Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*», *vol. XX, número 65, julio-septiembre 1957.*

LA importancia del neumotórax espontáneo en el niño tiene su mayor categoría por dos hechos principales: uno de ellos, porque hay veces que sólo el estudio radiológico es capaz de llevar a su diagnóstico, y el otro es el carácter urgentemente grave de su pronóstico y de su terapéutica.

La colaboración entre el especialista de tórax y el pediatra es de importancia capital, ya que muchas veces hay que pasar rápidamente de la tendencia normal a la reexpansión a la amenaza de insuficiencia cardiorespiratoria.

El estudio etiológico es importante desde el punto de vista diagnóstico. Y es que en la mayoría de los niños el diagnóstico radiológico se hace imprescindible.

Es curioso ver cómo en el año 1951 sólo había dos casos en el Hospital de niños de Maracaibo, y, en cambio, en el 1956 son veinticuatro los casos estudiados en este mismo Hospital. ¿A qué se debe este aumento tan sorprendente? Pues, muy sencillo, a que en este último año se hace forzosa, rutinaria y obligatoria la exploración radiológica de todo niño ingresado en el referido Hospital,

He aquí la expresión clara de un hecho que nosotros teníamos pensado ya y que habíamos puesto en práctica en nuestra clínica diaria; un hecho del que nos quedamos con la conclusión importante de que los neumotórax espontáneos, la mayoría de las veces, nos sorprenden en la exploración radiológica del enfermito y que exigen que ésta sea sistemática en los mismos para llegar a cumplir con un diagnóstico perfecto y verdadero ante este posible y grave trastorno respiratorio.

El autor estudia sesenta historias clínicas con neumotórax espontáneo entre los años 1951 a 1956; con un 95 por ciento de lactantes, de los cuales el 16'66 por ciento eran recién nacidos, y no había más que 5'04 por ciento de edades preescolar y escolar.

De éstos el 61'67 por ciento eran idiopáticos, y el 38'33 por ciento eran secundarios a un traumatismo durante el parto o un proceso pulmonar agudo o congénito; en ninguno de los casos se comprobó infección tuberculosa.

Tampoco hubo una sintomatología, ni funcional ni física, capaz de aclarar el diagnóstico; sólo la exploración radiológica (como decíamos) llevó al mismo.

Encontraron un 84'99 por cien de neumotórax espontáneo unilateral y un 15'01 por ciento bilateral, lo que da una diferencia extraordinaria con el adulto, en el que los neumotórax espontáneos bilaterales son *siempre mínimos.*

Estudiando el tiempo de reexpansión se encuentra que ésta es más rápida en los neumotórax idiopáticos.

La benignidad también es mayor en la forma idiopática y es menor en el r. n.

El tratamiento general se basa en la oxigenoterapia y en los antibióticos, además del proceso de origen en los neumotórax espontáneos secundarios.

La descomprensión con drenaje cerrado continuo se hace imprescindible cuando la insuficiencia cardiorespiratoria es grande.

El llanto paroxístico en niños distróficos con tejidos más friables y la mayor frecuencia de los neumotórax espontáneo en los desnutridos, hablan en favor de un factor predisponente en lo que a esto se refiere indudable.

RANGEL y TORRES.—«TRATAMIENTO DE LAS MENINGITIS POR «HAEMPHILUS INFLUENZAE» CON EL CLORANFENICOL.» *«Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría», vol. XX, núm. 65, julio-septiembre 1957.*

ESTOS autores presentan un interesante trabajo justificando cómo el tratamiento de las meningitis por el *haemophilus influenzae* responde mejor el tratamiento con cloranfenicol que a la asociación de este antibiótico a las sulfas.

Presentan veintiuna historias clínicas de niños hospitalizados tratados en cualquier momento de la evolución de su meningitis de este tipo. Todos los niños tienen menos de veinticuatro meses; el mayor tenía veintitrés meses y el más pequeño, cuatro; término medio, doce meses. Once son niños; diez, niñas; seis blancos y quince mestizos.

En el momento de ser tratados llevaban, el que más, treinta días de enfermedad, y el que menos, cuatro días, con una cifra de once días como promedio.

Clínicamente, presentaban diecisiete casos fiebre de hasta 40 grados; sólo cuatro casos tenían 37 grados. En diecisiete casos estaba *tensa la fontanela*; en cuatro estaba normal. Cinco casos graves y dos casos en estado comatoso.

Diez casos, somnolencia, y otros diez, irritabilidad; uno, despejado.

Convulsiones, dieciocho casos. *Todos, rigidez* de nuca y de tronco. *Kernig,* veinte casos. *Brudzinsky,* dieciocho casos. En siete, contracturas en flexión de los miembros inferiores.

Un caso con *hemiplejía*; trece, *hiperreflexia*; uno *hiporreflexia;* dos, *arreflexia,* y cinco, normales. *Raya meníngea* en dieciocho casos, y tres, sin datos. En dieciséis, *vómitos*; *estrabismo* en un caso; *midriasis,* en dos casos, y *miosis,* en uno.

El *líquido céfalorraquídeo* presentaba turbidez en dieciséis casos; turbio con velo, en un caso; purulento, en cuatro. Las *células* fueron hasta 60.200, en un caso; entre 1.000 y 2.000, en once casos; con menos de 1.000, en nueve casos, y el número mínimo de células encontradas fué de 166. La *albúmina alcanzó* una cifra mínima de 0'50 gramos por mil, y una mínima de 3 gramos por mil, con una media de un gramo. La *glucosa* llegó a 75 miligramo por ciento, y tuvo una cifra mínima de 10 miligramos por ciento, con una media de 30 miligramos por ciento. Las *globulinas* fueron positivas para todas las reacciones en todos los casos, menos en uno, negativo para las tres. Los *cloruros* tuvieron una cifra mínima de 540 miligramos por ciento y una máxima de 800 miligramos por ciento, con una media de 558 miligramos por ciento. Todos los casos tuvieron *bacteriológicamente* el germen de *haemophilus influenzae.*

La dosis de cloranfenicol empleada fué la de 250 miligramos por kilo de peso, repartida entre las vías oral y rectal; en casos graves se empleó también la vía intramuscular.

Obtuvieron una curación global del 95'4 por ciento, y el 80'9 por ciento de curación sin secuelas (con las sulfas y cloranfenicol en combinación sólo se consiguió el 60'3 por ciento).

La tolerancia al cloranfenicol fué perfecta y no hubo modificaciones hematológicas que acentuaran la anemia inicial con la que ingresaron. Porque las secuelas y los resultados fatales sólo se presentaron en los tratamientos tardías.—A. MALLÓU.

VALLEDOR, COSTALES, BLANCO-RABASSA y SATANOWSKY. — «FORMAS EXTRAPULMONARES DE LA TUBERCULOSIS PRIMARIA EN EL NIÑO.» *«Revista Cubana de Pediatría», vol. XXX, núm. 1, enero 1958.*

SON dos las puertas de entrada de estas formas extrapulmonares de la tuberculosis primaria. Una es la entrada cutánea, y la otra, la penetración del bacilo a través de la mucosa digestiva.

Esta última por penetración del bacilo a través de la bucofaringe (adenitis cervical primaria), o bien en la porción inferior (adenitis mesentérica).

Los autores, en cuarenta y tres casos, encuentran treinta de primoinfección cutánea y trece de digestiva. Entre estas últimas, diez de adenitis cervical primaria, y las otras tres, de adenitis mesentérica.

Entre las formas cutáneas destacan: 1), la circuncisión ritual; 2), la herida traumática accidental, y 3), la infección por material de inyección (enfermedad de la jeringuilla, de Debré).

Los autores estudian cada una de estas formas, que no se pueden considerar excepcionales ni mucho menos con una manifestación local, en la puerta de entrada, y un trastorno general propio del complejo primario: febrícula, anemia, anorexia y hasta pérdida de peso; aunque no se altere la nutrición en algunos casos.

El diagnóstico diferencial con la adenitis banal, el «sodoku», la tularemia y la enfermedad de Nicolás Fabre, no ofrece dificultades.

A este diagnóstico diferencial hay que añadir el de la *enfermedad de los arañazos de gato* o linforreticulosis benigna, dado el carácter actual de este proceso y la importancia de su diagnóstico diferencial con el que estudiamos.

También es trascendental llegar a conocer el carácter primario o no del proceso. Para conseguirlo, basaremos nuestros estudios en: *a*), la edad del niño; *b*), las lesiones secundarias, las adenopatías (si existen), son más tardías, de menor tamaño y con menos tendencia a fistulizarse; *c*), las secundarias siempre hay lesiones sistemáticas cicatriazdas o en evolución; *d*), las lesiones secundarias son más propias de niños de familias tuberculosas; *e*), la coincidencia de eritema nudoso o de queratoconjuntivitis flictenular es demostrativa de primoinfección; *f*), la presencia de calcificaciones radiológicas en los ganglios regionales.

Los factores que influyen en el pronóstico son: la intensidad del contagio, la edad del niño y las facilidades del tratamiento.—A. MALLÓU.

FARMACOLOGÍA

NARANJO, P. (Quito).—«DROGAS PSICOTOMIMÉTICAS.» *«Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas». volumen VI, núm. 23, págs. 358-397, julio-septiembre 1958. Quito (Ecuador).*

EL autor pasa revista, a grandes rasgos, a aquellas plantas que desde remotas épocas se utilizaron con fines psicoterapéuticos o fueron capaces de provocar alteraciones mentales, hasta llegar a las actuales drogas psicotomiméticas, según la definición de Osmond. Seguidamente hace un resumen de las propiedades y efectos de la harmina, comparativamente con la dietilamida del ácido lisérgico y la mescalina, previa experimentación en pacientes humanos y animales de laboratorio. Llega a la conclusión de que todas ellas desde el punto de vista de su acción son similares, difiriendo más cuantitativa que cualitativamente, acusando como propiedades efectos centrales psíquicos y somatomotrices. Pueden considerarse como alucinógenas, con imágenes de predominio visual, ricas en colorido y movimiento, calificables en las reacciones orgánicas que provocan como síndrome esquizofrenoideo. Los cambios somatomotrices que originan son tanto de naturaleza piramidal como extrapiramidal, y los efectos neurovegetativos pueden considerarse como el resultado de su actuación sobre núcleos centrales del sistema nervioso y sobre células efectoras periféricas.—LUIS DEL CAMPO.

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

TARANTOLA, D. (Brescia). — «NOTA SOBRE LA EVOLUCIÓN, A DISTANCIA DE AÑOS, DE UN CASO DE MIOSITIS OSIFICANTE.» *(Nota sull'evoluzione, a distanza di anni, di un caso di miosite ossificante.) «Bolletino della Societá Medico Chirurgica Bresciana», vol. XI, fasc. 1,2, págs. 56-63, enero-junio 1957. Bolonia.*

SE trata de una niña que a la edad de dos años y medio presentó una tumefacción dura en la región de la nuca, dirigida

hacia la escápula izquierda, diagnosticada de miositis osificante progresiva. Durante tres años ha sido tratada con tandas de cortisona, ACTH y miostigmina, sin que se notase el más mínimo mejoramiento. Por el contrario, durante este tiempo se ha observado que las tumefacciones aumentan de consistencia, las zonas calcificadas se han ensanchado y los movimientos del cuello y del hombro son cada vez más limitados, hasta bloquear los de extensión y abducción del brazo.

El autor ilustra radiológicamente el caso y estima que la enfermedad continuará fatalmente su evolución hasta la petrificación de la persona.—SERAL.

SAPRIZA VIDAL, C., y GALLOSO, M. (Montevideo).—«RESULTADO DE LA IMPLANTACIÓN DE PLACENTA EN LAS ARTERIOPATÍAS OBSTRUCTIVAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES.» *«Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay», t. XXVII, núm. 6, págs. 668-680, 1957. Montevideo.*

ESTA comunicación comprende seis casos de enfermos con arteriopatías obstructiva de distinta intensidad, tratados con inyecciones intramusculares de células de placenta liofilizada, de origen animal, esterilizada por manipulación bajo luz ultravioleta y control bacteriológico por cultivo de las muestras.

Se describen la técnica y las historias clínicas, y se presentan los resultados obtenidos, algunos con controles radiográficos por arteriografía, que parecen muy alentadores. —SERAL.

PARMEGGIANI, G. (Piacenza). — «MASOTERAPIA NEUMÁTICA EN ALGUNAS ENFERMEDADES DE INTERÉS ORTOPÉDICO.» *(Massoterapia pneumatica in alcune malattie d'interesse ortopedico.) «Minerva Ortopedica», vol. IX, núm. 12, págs. 616-618, diciembre 1958. Torino.*

LAS indicaciones de la masoterapia neumática se extienden a todas las afecciones en las que hay una disminución de riego sanguíneo y una retención del líquido intersticial con aumento de la presión venosa e insuficiente drenaje linfático para favorecer la absorción de los trasudados y el desbloqueo venoso linfático.

Aplicado en un grupo de ciento dieciséis enfermos (en su mayor parte con secuelas de traumas y de intervenciones quirúrgicas), se han obtenido resultados satisfactorios en un buen porcentaje de casos, que representa el 65'5 por ciento; discretos, en un 20 por ciento; nulos, en un 7 por ciento, y malos, en un 11'3 por ciento. Esto es, seleccionando los casos, la terapéutica neumática aporta reales ventajas en un alto porcentaje del 82 por ciento entre resultados buenos y discretos.

Los mejores resultados obtenidos han sido en casos de edemas, infiltraciones dolorosas, atrofias, úlceras tróficas y cicatrices adherentes.—SERAL.

DE VECCHI, J. (Montevideo).—«LA SECCIÓN DEL TENDÓN FLEXOR LARGO DEL PULGAR.» *«Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay», t. XXVIII, núms. 2-3, págs. 176-187, año 1957. Montevideo.*

DESPUÉS de unas consideraciones de tipo general, expone el autor su experiencia y resultados en esta clase de lesiones. Hay que acudir al injerto, tener presentes las concomitantes lesiones nerviosas y hacer, por tanto, a la par, neurorrafia. Se describe la técnica y se insiste en la restauración de las lesiones nerviosas, único medio de evitar el fracaso, aunque se consiga la restauración del tendón.—SERAL.

TISIOLOGIA

COSTA, G. (Italia). — «LA PIRACINAMIDA EN SOLUCIÓN PARA USO TÓPICO EN EL TRATAMIENTO DEL EMPIEMA PLEURAL.» *(Pirazinamida in soluzione per uso topico nel trattamento del'lempiema tubercolare.) «Minerva Medica», 69, 3.269. 1958.*

LA introducción en el espacio pleural de un antibiótico, previa evacuación del pus, es el fundamento actual de tratamiento del empiema pleural tuberculoso. Es conocido que desde hace muchos años han sido empleados multitud de preparados químicos, esperando que al ponerse en contacto el fármaco con los gérmenes esterilicen la infección y cure el proceso pleural. Los fracasos han sido mayores que los éxitos, pues diferentes fármacos grandes tuberculostáticos carecen de acción al inyectarlos endopleuralmente. He aquí que la piracinamida tiene una acción eficaz después de noventa y seis horas de contacto, a una concentración de 10.000 gammas por centímetro cúbico, y eficaz si el medio es ácido a un ph de 5'5. El autor emplea una concentración de 20.000 gammas por c. c., y a la luz de los resultados que publica en diferentes clases de empiemas tuberculosos la eficacia del método es indudable, pues incluso controla la curación de las fístulas parenquimatosas o broncopulmopleurales por donde se originó la infección pleural. Lo emplea en empiemas intra y extrapleuricos, y los más brillantes resultados los obtuvo en los que anteriormente habían sido tratados infructuosamente por otros productos químicos endopleuralmente.—SAMITIER.

XAZANOV (Rusia).—«LA MIOCARDITIS EN LA TUBERCULOSIS SECUNDARIA.» *(La miocardite en la tubercolosi secundaria.) «Minerva Medica», 69, 3.318. 1958.*

LA versión italiana de la revista *Terapeuticeskii Archiv* (1957), de *Minerva*, dice que muchas veces los accesos dolorosos en la región cardíaca acusados por los tuberculosos, se interpretan únicamente como signos de insuficiencia cardiopulmonar o como eventual proceso arterioescleroso de los vasos pulmonares.

De entre ciento veinticinco fallecidos en el sanatorio del autor en los años 56-57, encontró en la autopsia tres con miocarditis tóxica con alteraciones miocárdicas acompañadas de procesos inflamatorios. Existía una correlación entre alteración cardíaca y el estado tóxico alérgico del organismo. Según el autor, el origen de los procesos miocardíticos en la tuberculosis secundaria puede ser atribuído a un estado inflamatorio del miocardio a procesos distróficos o a procesos tromboembólicos aislados o relacionados con los precedentes.

Otros datos de este autor: La miocarditis, en la forma generalizada, llega al 58 por ciento de los pacientes; en la primaria, al 19 por ciento, y en la forma exudativa, al 17 por ciento, encontrando otros autores alteraciones electrocardiográficas en el 41 por ciento de los pacientes.—SAMITIER.

RESCINGO, B. (Italia).—«LA ACCIÓN DE LA CICLOESERINA EN LA TUBERCULOSIS EXPERIMENTAL.» *(L'azione de la cicloserina nella tubercolosi sperimentale.) «Archiv. di Tis. e Mal. Ap. Aesp.», 13, 475. 1958.*

LA experiencia, de gran interés, demuestra que en los cavias infectados con pequeñísimas dosis bactéricas y tratados después con cicloeserina no se detuvo el progreso de la infección, mientras que si paralelamente se asoció la estreptomicina, la enfermedad no se manifestaba en los órganos, quedando sólo en el lugar de la inyección un pequeño nódulo de caseosis. Los animales testigos sin inyectar con antibióticos mueren todos.—SAMITIER.

SEREMBE, M. — «LA HIDRAZIDA DEL ÁCIDO CIANACÉTICO EN LA TUBERCULOSIS EXPERIMENTAL DEL RATÓN BLANCO.» *(L'hidrazide del acido cinacetico nella tubercolosi sperimentale del topolino.) «Archiv. di Tis. e Mall. App. Respir.», núm.1 2, 1.031. 1957.*

EL «topolino» blanco es el corriente «souriceau» o ratoncillo blanco en el que los autores italianos investigan la acción protectora, curativa o esterilizante de la nueva hidrácida cianacética, concluyendo que cuando al mismo tiempo que se infecta por vía endonasal o peritoneal con bacilos humanos los ratoncillos y son tratados con el antibiótico viven normalmente, sin que se consiga esterilizar al animal en cuyos principales órganos se encuentran focos tuberculosos, si bien de escaso potencial patógeno. Si el tratamiento con antibiótico es a los ocho días de la infección experimental o la dosis no es la eficaz, la tuberculosis se desarrolla lo mismo.—SAMITIER.

BONNIOT, A.; BARRIE, J., y FINOLEST, M. (París).—«RESULTADOS DE LA RESECCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR. ESTUDIO ESTADÍSTICO DE MÁS DE 400 CASOS.» *(Resultats de la resection dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Étude statistique de plus de 400 cas.) «Le Poumon et le Coeur», 6, 525. 1958.*

PUEDE calificarse este trabajo como uno de los más completos y extraordinarios publicados en esta materia. He aquí, en resumen, lo que se ha visto en once años de tratamiento quirúrgico de la tuberculosis:

Las neumonectomías por pulmón destruído, su mortalidad ha caído del 42 al 30 por ciento, cifras todavía desconsoladoras para el cirujano. Curan un 55 por ciento de los operados. En las lobectomías curan el 77 por ciento, y en las segmentotomías, el 90 por ciento. En las llamadas paliativas, donde el cirujano deja en el pulmón lo que reputa inactivo, economizando parénquima, curan el 77 por ciente, frente a un 48 por ciento antes de 1954.

A pesar del progreso y de cuanto leemos en este extraordinario trabajo, las cifras de mortalidad frenan los entusiasmos de este método de tratamiento, que para salvar la vida de los enfermos los convierte en última instancia, la mayoría de las veces, en mutilados e inhábiles para todo trabajo.—SAMITIER.

RESCINGO, B., y MANCUSO, G. M. (Nápoles).—«LOS SIGNOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS DEL ESFUERZO VENTRICULAR DERECHO EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR.» *(I segni dello sforzo ventricolare destro nella tubercolosi polmonare.) «Archiv. di Tis. e Mal. Ap. Respir.», 10, 890. 1958.*

EL 26 y 28 de octubre del pasado 1958 se celebró en Cagliari el XIV Congreso Nacional de Tisiología italiano, y este trabajo que aquí comentamos fué la comunicación en él presentada por estos médicos del Ins-

tituto Príncipe de Piamonte, de Nápoles. Mil ochocientos electrocardiogramas de enfermos tuberculosos revisan los autores, y, basandose en los trabajos de Sokolow y de Lyon, de Meyer y colaboradores, establecen dos grupos de enfermos: uno, en que el electrocardiograma presentaba signos indudables de esfuerzo ventricular derecho; otro segundo grupo, consignos electrocardiográficos de probable esfuerzo ventricular derecho.

He aquí, resumidos, cuáles son para este autor, y de los trabajos antes citados, los signos ciertos de esfuerzo ventricular derecho: Presencia de S en 1 derivación con desnivelamiento por encima de la línea isoeléctrica del espacio ST, R en III con ST por debajo de la línea citada, R1 en aVR, relación R/S mayor que 1 en V1 con T negativa o aplanada y espacio ST desnivelado por debajo de la línea isoeléctrica. El intrinsecoide en V1 mayor que 0'04. La relación entre R/S en V2 mayor o igual a 1. S más o menos acentuada en todas las precordiales ifiquierdas.

Por lo menos, de todos estos datos citados para incluirlos en el primer grupo habían de tener tres de estas condiciones señaladas.

En el segundo grupo de enfermos citado, tendrían estos caracteres electrocardiográficos, si bien de forma no constante: S en I y R1 en AVR, imagen de RSr o en forma de M en V1, típica imagen de esfuerzo ventricular derecho, siempre alargado el tiempo de la deflexión intrínseca en V1 (0'04), y a menudo la relación R/S en V1 era igual a 1. Encontró noventa pacientes con signos de esfuerzo ventricular derecho, de los cuales veinticinco con signos ciertos y sesenta y cinco con signos probables. Ocho enfermos más tenían bloqueos de la rama derecha.

Al final cita el autor el caso de una enferma operada con signos ciertos de esfuerzo ventricular derecho, que la intervención de su neumopatía normalizó el electro, para afirmar que una cosa quiere decir esfuerzo, y otra que haya una verdadera y grave alteración hipertrófica de la pared ventricular. También afirma que muy interior a la aparición de los signos electrocardiográficos el cateterismo revela verdaderas hipertensiones auriculares. Se refiere también a la P románica o gótica positiva en II y III, y negativa o difásica en las precordiales derechas ,aceptado por los autores también como signo de hipertensión atrial derecha; lo halló en seis enfermos, de los cuales tres tenían signos ciertos además de esfuerzo ventricular derecho, mientras que en los restantes el electro era normal.—SAMITIER.

DE MICHELE, G.; GIULIANO, V., y MELILLO, G. (Nápoles). — «COMPARACION ELECTROCARDIOGRAFICA Y ANATOMOPATOLÓGICA DEL CORAZÓN PULMONAR CRÓNICO EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR.» *(Raffronto electrocardiografico ed anatomopatologico del cuore polmonare cronico nella tubercolose polmonare.) «Archiv. di Tis. e Mal. Ap. Respir.», 10, 907. 1958.*

SOBRE la base también de criterios idénticos a los expuestos en el trabajo anterior, concluyen estos autores que la autopsia demuestra a veces alteraciones graves del ventrículo derecho, con hipertrofia miocárdica, sin que durante la vida se haya podido electrocardiográficamente descubrir alteración alguna. Existen también hallazgos autópsicos completamente negativos allí donde el electrocardiograma revelaba alteraciones de esfuerzo ventricular derecha. Tiene esto explicacinó porque la hipertensión del pequeño círculo es suficiente para dar señales de esfuerzo ventricular, o el desplazamiento del eje eléctrico puede dar signos positivos en ausencia de hipertrofia miocárdica. — SAMITIER.

GIULIANO, V., y BARIFFI, F. (Nápoles).— «INVESTIGACIONES «IN VITRO» Y HALLAZGOS EXPERIMENTALES EN SÍLICOTUBERCULOSIS.» *(Indagini in vitro e rilievi sperimentali sulla silicotubercolosi.) «Archiv. di Tis. e Mal. Ap. Respir.», 10, 944. 1958.*

LOS polvos minerales, en general, y la sílice en particular, agravan o favorecen cuando se inyectan al mismo tiempo que los bacilos de Koch, el desarrollo de la tuberculosis en el cobayo, relacionado, más que en una acción de la sílice, en la falta de fagocitosis por la presencia del polvo. Del mismo modo, cepas de escasa virulencia desencadenan la tuberculosis si van asociadas a polvos minerales, puede, pues, hablarse de una entidad morbosa propiamente dicha, la sílicotuberculosis, frente a la falta de patogeneidad de otros polvos minerales asociados a otras infecciones experimentales.—SAMITIER.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 399 - TOMO LXVII
JUNIO 1959
SECCIÓN VARIA

REFRANES ANIMALÍSTICOS DE APLICACIÓN AL HOMBRE

TOMADOS DE LA COLECCIÓN DEL MARQUÉS DE SANTILLANA (siglo XV)

POR EL

DR. ANTONIO CASTILLO DE LUCAS

MADRID

LA METÁFORA EN LOS REFRANES

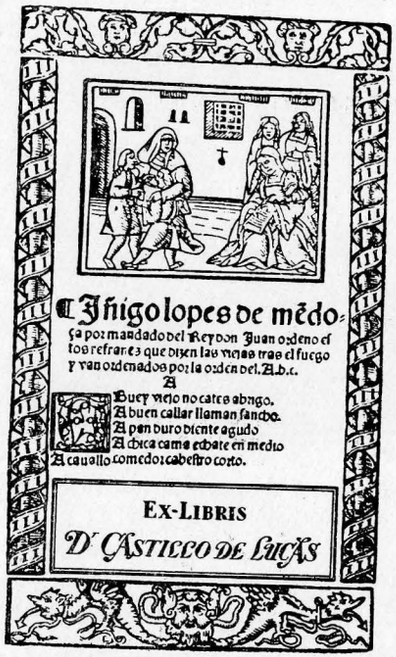
EL gracejo y profundidad de la mayoría de los refranes se debe a la alegoría metafórica contenida en sus breves y sentenciosas palabras, que hace que su sentido literal directo sea tan diferente de la aplicación que se le da por su sentido indirecto o figurado.

Un ejemplo bien demostrativo es la glosa del refrán: *Por la boca muere el pez.* Literalmente, huelga decir que se refiere a que el pez, que por su voracidad se traga el anzuelo, es víctima del pescador al sacarle del agua e irremediablemente perder la vida. De un modo indirecto podemos aplicarlo: 1.°, a ser desconfiado y no dejarse engañar por el cebo que nos ofrecen con dádivas y mercedes que no las merecemos; 2.°, aviso a los imprudentes por hablar demasiado, y a los embusteros porque no tardará mucho tiempo en que ellos mismos se delaten al no recordar que mintieron; 3.°, por los excesos de alimentación, ya que la gula es origen de muchas enfermedades; lo mismo podríamos decir de todo lo que se ingiere por vía oral si es tóxico o de mala calidad; 4.°, aplícase también a los que padecen enfermedades de la boca, y muy especialmente de la dentadura, pues la mala masticación y las infecciones dentarias son germen y puerta de entrada de múltiples enfermedades y de focos sépticos.

Todos los animales tienen alguna cualidad orgánica o psicológica que les permite vivir y defenderse en la Naturaleza; cualidades por las que el hombre se aprovecha para su servicio y utilidad material, y por el ejemplo y enseñanza en beneficio de su alma. Los fabulistas han compuesto provechosos apólogos sobre la mansedumbre del cordero, la vigilancia del gallo, la astucia de la zorra, la docilidad del asno, etc.[1] El pueblo utiliza también las enseñanzas que le proporciona la observación directa de los animales domésticos y la fama tradicional de los que están en estado salvaje, y modos de reaccionar[2], condensando estas cualidades en las breves y sustanciosas palabras de un dicho o de un sentencioso refrán.

Ejemplos en Santillana

Don Iñigo López de Mendoza, primer marqués de Santillana, a mediados del siglo XV compuso la primera colección de refranes castellanos y, según Menéndez Pelayo, en toda lengua vulgar. Esta recopilación es directa, pues, como dice en la portada, la forman «los refranes que dicen las viejas tras el fuego». La integran setecientos cuarenta y un refranes, de los que ciento dieciocho se relacionan con animales y son los que figuran en este ensayo [3].



«Ex libris» compuesto con la portada de una de las primeras ediciones de los refranes que recopiló el Marqués de Santillana (Sevilla, año 1542). En ella pueden leerse dos refranes animalísticos de aplicación humana.

La selección de refranes que transcribimos procede en gran parte del manuscrito que copio del original Amador de los Ríos [4]; alguno que nos pareció ininteligible lo reproducimos de una de las primeras ediciones, la de 1542, que poseemos.

Creemos oportuno hacer las siguientes observaciones:

1.ª Los refranes que transcribimos van en orden alfabético, de una manera actualizada y con la corrección ortográfica vigente, siempre que no altere su fonética, de tan grato regusto arcaico.

2.ª Cada refrán está numerado; este número permite utilizar dos índices que figuran al final de la relación de refranes; uno se refiere al tema ideológico sintetizado en una palabra en la cabeza de cada ficha; otro se relaciona con el animal que protagoniza el refrán.

3.ª La glosa de cada refrán es breve y limitada al aspecto antropológico en toda la amplitud biológica, psíquica y médica de aplicación humana. En aquellos refranes cuya glosa figura como anónimo del siglo XVI, se refiere a la edición de Valladolid de 1541, que una persona docta y anónima escribió para la misma, poniendo tras el título «agora nuevamente glosados». La ordenación alfabética permite al lector apreciar glosas en las colecciones que, como la de Rodríguez Marín, tienen una ordenación alfabética [5].

1. Experiencia.—*A buey viejo, no cates abrigo.* «Más sabe el diablo por viejo, que por sabio», dice un adagio, refiriéndose a la experiencia que dan los años.
2. Disciplina.—*A caballo comedor, cabestro corto.* Otra variante dice: «corredor»; la idea es corregir por la fuerza al que abusa de un derecho. La glosa del siglo XVI dice: «El gastador ha menester gobernador».
3. Obligaciones.—*A dónde irá el buey que no are.* Cada uno tiene sus deberes ineludibles en el oficio elegido.
4. Constancia.—*A la larga, toma el galgo a la liebre.* La perseverancia en una idea noble da siempre fruto.
5. Compensación.—*A mengua de carne, buenos son pollos con tocino.* Jocosa manera de expresar cómo puede suplirse una cosa por otra mejor.
6. Desconfianza.—*A otro perro con ese hueso.* Al capacitado y con experiencia no se le puede engañar.

7. Experiencia.—*A perro viejo, no tus tus.* No se puede engañar a los que, por sus años y experiencia, saben y conocen el mundo.
8. Apasionamiento.—*Acá lo ha Marta, con sus pollos.* No saber separarse de lo que quieren; esto, en parte, les disculpa.
9. Inutilidad.—*Al asno muerto, ponedle la cebada al rabo.* Otro jocoso dice de este inútil remedio también: «Después de vendimiar, ¡Cuévanos!»
10. Engaños.—*A buey viejo, cencerro nuevo.* Irónico, se aplica a los ancianos que presumen de jóvenes.
11. Formalidad.—*Al hombre, por la palabra, y al buey, por el cuerno.* La seriedad mídese por el pueblo según los años («Callen babas y hablen barbas») y por lo que el hombre dice y hace se compara con los caracteres de las astas del ganado bovino.
12. Selección de cosas.—*Aldeana es la gallina, cómela el de Sevilla.* Siempre se tiende a elegir lo mejor, y busca este símil de las aves de corral criadas en las casas de labor, con abundancia de alimentos.
13. Deberes.—*Anda, perro, tras tu dueño.* Cada uno debe cumplir con su obligación y sin esperar que se lo manden.
14. Entrometidos.—*Así se mete, como piojo en costura.* No hay forma de despegarse a los fisgones, que aprovechan la misma circunstancia para curiosear lo que no debe importarles.
15. Atracción sexual.—*Asna con pollino, no va derecha al molino.* Los instintos y las pasiones ciegan los sentidos para conducirse rectamente en la vida.
16. Desorganización.—*Asno de muchos, lobos le comen.* «Lo que es del común, no es de ningún», dice un adagio. Equivale a «El uno por el otro, la casa sin barrer».
17. Holgazanería.—*Asno malo, cabe casa aguija.* Cuando se acaba la jornada de trabajo y está próxima la hora de comer, se dan prisa para aparentar diligencia.
18. Independencia conyugal.—*Aunque mi suegro sea bueno, no quiero perro con cencerro.* «El casado, casa quiere», puede ser la glosa de este refrán, ya que los secretos del matrimonio pueden difundirse por la convivencia con otras personas, aun siendo los padres.
19. Exageración jocosa.—*Bao, que corre más que liebre.* «Bao» es una expresión afirmativa jocosa: «¡Sí, está bien!», para dar la razón desentendiéndose.
20. Mansedumbre aprovechada.—*Becerrilla mansa, mama a su madre y a la ajena.* Los que se aprovechan, pasando por buenos, para conseguir lo que apetecen.
21. Instintos.—*Bien sabe el asno, en cuya casa rebuzna.* «El necio sigue su natural inclinación de decir necedades», esto dice el glosador del siglo XVI al comentar este adagio.
22. Caridad.—*Bocado de mal pan, ni lo comas ni lo des a tu can.* Al prójimo no debe dársele lo que uno no quiere, ni tampoco a los animales estimados.
23. Desconfianza.—*Buen amigo es el gato, sino que rasguña.* No puede uno fiarse de los mansos, pues al enfadarse sacan las uñas.
24. Libertad.—*Buey suelto, bien se lame.* Aplícase a los solteros y a los que están libres de obligaciones.
25. Ambición.—*Caballo que alcanza, pasar querrá.* El que desea conseguir una cosa, no retrocede ante ningún obstáculo, ni respeta el orden jerárquico.
26. Actividad, compensación.—*Cabra coxa, no tiene siesta.* Han de compensarse los defectos con el esfuerzo o la maña.
27. Desprecio.—*Cabra mala y mal pesada.* Todo lo que es de poco valor se compara a la dureza y gusto desabrido de la carne de estos animales, a lo que se añade su precio caro, si está falta de peso.
28. Herencia.—*Cabra va por viña, cuál la madre, tal la hija.* La herencia y el mal ejemplo en la infancia forman el carácter de la persona en el futuro.
29. Independencia.—*Cada gallo, en su muladar.* Todo hombre se siente fuerte en sus dominios; otro refrán dice por esto: «Mientras en mi casa estoy, rey me soy».
30. Independencia.—*Cada gorrión, a su espigón.* Indica que nadie debe ocuparse de los demás, teniendo asegurado su puesto; equivale a «Cada mochuelo, a su olivo».
31. Cautela.—*Caldo de raposa, que está frío y quema.* Temor a las personas que se muestran halagüeñas, sabiendo sus malas condiciones.
32. Ira.—*Can con rabia, a su amo muerde.* El que se enfurece con exceso o se le irrita, llega a agredir a las personas a las que está obligado a respetar.
33. Taimado.—*Con ajena mano, saca la culebra del forado.* Dícese del que se aprovecha del trabajo de los demás para su beneficio.
34. Alimentos, belleza.—*Carne, carne cría y peces, agua fría.* Concepto del valor nutritivo de las carnes y pescados no muy cierto científicamente; aplícase para ponderar la belleza femenina: «La carne sobre el hueso, relumbra como espejo».

35. Simpleza.—*Creéis a Dios, encinta es la grulla y no lo sabe el puerco.* Abuso de la credulidad de ciertos hombres, engañados de sus mujeres.
36. Ingratitud.—*Cría el cuervo, sacarte ha el ojo.* Los instintos brutales y por mala educación, no estiman los favores recibidos y aun perjudican al protector.
37. Cobardía.—*Cuando cae la vaca, aguzan los cuchillos.* Otros adagios aluden a esta triste venganza con el caído: «A moro muerto, gran lanzada» o «Del árbol caído, todos hacen leña».
38. Aprovecharse, oportunidad.—*Cuando te dieran la vaquilla, corre con la soguilla.* Ha de aceptarse lo que se ofrece e interese, antes de que se arrepienta el dador.
39. Riñas (perjuicios).—*Daca el gallo, toma el gallo, quedan las plumas en la mano.* Siempre sale mal parada la hacienda y la fama de los que regañan.
40. Astucia.—*De lo contado, como el lobo.* Del ambicioso hay que guardarse, pues siempre busca la manera de aprovecharse.
41. Conformidad.—*De mal montecillo, bueno es un gazapillo.* De lo que es escaso, bueno es algo de recibir.
42. Justicia.—*De mal vino la oveja, y allá va la pelleja.* Lo mal ganado no aprovecha al que lo posee, pues ha de ocultarlo para no ser denunciado.
43. Cobardía.—*De que no puede el asno, tornarse albarda.* Los tímidos y cobardes descargan su coraje contra las cosas inofensivas.
44. Ruindad.—*De rabo de puerco, nunca buen virote.* De las cosas ruines no se obtiene beneficio.
45. Murmuración.—*De todos dice la pega, y todos della.* La urraca tiene mala fama por ladrona y calumniadora (en los tiempos fabulosos en que los animales hablaban).
46. Conformidad.—*Del lobo un pelo, y ése, de la frente.* El glosador anónimo dice: «Engañar o dañar en algo al poderoso, es muy hazañosa cosa». Se aplica también a la conformidad con algo, por poco que sea, de lo que es difícil.
47. Simpleza.—*De más estaba la grulla al fuego, dando la teta al asno.* No debe perderse el tiempo tratando de enseñar al necio; sólo estas bobadas le hacen gracia.
48. Defectos ajenos, insensatez.—*Dixo el asno al mulo: tira allá, ovejudo.* Sólo ver los defectos del prójimo y no los propios.
49. Intereses.—*Donde los viejos no andan, cuervos no graznan.* Se refiere a que como los jóvenes no tienen dineros, vense libres de gentes que pretenden heredarles.
50. Astucia.—*Ducha es la loba, de la soga.* Difícil es acostumbrar a quien tiene malos principios.
51. Cumplimiento jocoso.—*Echa otra sardina, que otro ruin viene.* La poca categoría del que llega a un sitio, permite estas confianzas para aceptar o para pedir una cosa.
52. Inconsecuente.—*El alcarabán de duro, da a todos consejo y a sí ninguno.* Corregir a los demás es fácil.
53. Maldad.—*El buey ruin, en el cuerno crece.* Los malos crecen en maldad solamente.
54. Debilidades humanas.—*El diablo no es puerco y gruñe.* Las tentaciones y los instintos se descubren al menor descuido.
55. Desconcertar.—*El lobo hace entre semana, porque el domingo no vaya a misa.* Equivale a «De día no veo y de noche me espulgo»: es decir, no hacer las cosas con orden.
56. Cautela, igualdad.—*El lobo y la vulpeja, todos son de una conseja.* Para las malas acciones, hay conformidad entre los astutos.
57. Enfermos simuladores.—*El mal del milano, las alas quebradas y papo sano.* «Mal que se cura comiendo, bien lo entiendo», porque es de los holgazanes.
58. Perversidad.—*El perro del hortelado, ni come las berzas ni las dexa comer.* Grave defecto de no dejar disfrutar los bienes que uno tampoco puede gozar.
59. Agudeza instintiva.—*El polvo de la oveja, alcohol es para el lobo.* Lo que apetece por instinto, atrae a distancia, aguzando los sentidos corporales.
60. Prudencia.—*En boca cerrada no entra mosca.* Elogio de las ventajas del silencio.
61. Soberbia.—*Erguido, como gallo en cortixo.* Sin contradictores, se ensoberbecen las personas.
62. Apariencias.—*Gato maullador, nunca buen cazador.* «Perro que mucho ladra, poco muerde», dice otro que también alude a los que se les va la fuerza por la boca.
63. Constancia.—*Grano a grano, hincha la gallina el papo.* La riqueza bien lograda y la sabiduría se adquieren con esfuerzo y lentamente.
64. Desorden.—*Holgad, gallinas, que muerto es el gallo.* La falta de autoridad acarrea desorden en todas partes.
65. Necesidades.—*Hombres con frío, y cochinos* (con hambre) *hacen gran ruido.* No pueden disimularse las necesidades orgánicas, protestando por ello hasta remediarlas.
66. Obediencia grata.—*Huelga, viejo, que bien pace tu asno.* Se aplica al poco esfuerzo para gobernar a los súbditos si están contentos.
67. Injustificable.—*Hurtar el puerco, y dar los pies por Dios.* No se puede alegar disculpa haciendo una cosa mal a cambio de otra buena.

68. Disculpa.—*Judío toma buen sábado, y no toma gallina hurtada.* Una falta no disculpa otra acción buena.
69. Informalidad.—*Juras de tahur, son pasos de liebre.* Las palabras del pícaro son de tan poco fiar, que huyen del compromiso por el menor pretexto.
70. Peligrosidad.—*La mujer y la gallina, por andar se pierden aina.* Nadie debe aventurarse en cosas peligrosas, y menos las personas frágiles de voluntad.
71. Humildad.—*La mujer y la sardina, de rostros en la cocina.* Señala el deber de la mujer de dedicarse al hogar y no ser vanidosa ni ventanera.
72. Amagar.—*Ládreme el perro y no me muerda.* La amenaza no importa, con tal de que no se lleve a la práctica.
73. Discordias.—*Los perros de Zorita, pocos y mal avenidos.* La falta de avenencia y comprensión mutua es muy perjudicial.
74. Inutilidad.—*Los pollos de Marta, piden pan y danles agua.* Debe atenderse bien, concediendo lo necesario.
75. Encasez.—*Mal se cubre la cabra con el rabo.* Se refiere a los pretextos y medios insuficientes para ocultar las faltas.
76. Indisciplina.—*Mandan al gato y el gato manda a su rabo.* La falta de autoridad hace que los servicios se vayan diluyendo de unos a otros.
77. Habilidad.—*Manos duchas, comen truchas.* Equivale a «Más vale maña que fuerza».
78. Seguridad.—*Mas quiero asno que me lleve, que caballo que se derrueque.* No debe dudarse de gozar de la tranquilidad con medios modestos, a correr el riesgo de los lujosos.
79. Tranquilidad.—*Mas valen cardos en paz, que pollos en agraz.* Un elogio de la pobreza con tranquilidad, preferible a la riqueza con disgustos.
80. Valorar.—*Más vale con mal asno contender, que la leña a cuestas traer.* Entre dos males, debe siempre elegirse el menor.
81. Tranquilidad.—*Más vale flaco en el hato, que gordo en el pago de gato.* Lo que se disfruta con sosiego, aun siendo pobre, vale más que lo que se atesora con riesgos y disgustos.
82. Seguridad.—*Más vale páxaro en mano, que buitre volando.* Lo poco y seguro es mejor que lo grande y problemático.
83. Mezquindad.—*Mata vacas y carneros, y dame una cornada de bofes.* Sátira contra los ruines que presumen de poderosos.
84. Cautela.—*Mete el gallo en el muladar, y saldrá heredero.* Prevenirse de las amistades confiándoles asuntos de interés.
85. Astucia.—*Mete el gato en el garbanzal, que él dirá la verdad.* El que se encuentra en un ambiente no favorable, se ingeniará para poder vivir.
86. Glotonería.—*Muera gata y muera harta.* La gula es peligrosa para la salud; pero quien es víctima de ella no se arrepiente.
87. Apariencia.—*Mula blanca, o vieja o manca.* Por el aspecto se juzgan muchas personas. La Reina Católica decía: «Bien agestado, bien mirado». En el sentido directo del refrán, es el que, cuando se vende una caballería de este color, es porque tiene algún defecto.
88. Disimulo.—*Ni mozo mocoso, ni potro sarnoso.* Los jóvenes encubren los defectos; cuando los presentan, tendrán una mala vejez.
89. Discreción.—*No es seso traer el asno en peso.* Discutir y dar beligerancia a los necios, es perder el tiempo.
90. Apariencias.—*No es tan bravo el león como le pintan.* Muchos actos de aparente valentía ocultan un complejo de temor.
91. Cobardía.—*No pueden al asno, tórnanse al albarda.* Al no poderse vengar del fuerte, la emprenden los cobardes con el débil.
92. Transigencia forzada.—*O me darás la yegua, o perderás el potro.* Luchar contra un enemigo poderoso es muy expuesto para perder.
93. Esperanza necia.—*O morirá el asno, o quien le aguija.* Simpleza es confiar en que la muerte remediará lo que se desea.
94. Aprovechamiento.—*Oveja que bala, bocado pierde.* Cuando se tiene que realizar un acto necesario, no ha de perderse el tiempo en menesteres ajenos.
95. Fatalismo.—*Para cada puerco, su San Martín.* Todos en la vida hemos de cumplir la misión para la que nacimos, o los deberes a que estamos obligados.
96. Indiscreción.—*Parláis de las anguillas.* El que por parlar los secretos es castigado, avisa y escarmienta a otros, no parlen, con este vocablo (glosa del siglo XVI). La anguila, por su forma y agilidad, es difícil de coger, porque se escurre; igual pasa con las palabras después de dichas, y cuyo alcance no puede preverse.

97. Perjuicios de riñas.—*Pelean los toros, y mal para las ramas.* Las luchas traen malas consecuencias a los contendientes y a los que les rodean.
98. Engaño.—*Pensó que hurtaba bogas.* El aspecto exterior de este pescado, por el color vistoso de su piel atravesada por rayas doradas y plateadas, es superior a la calidad de su carne, hoy apenas apreciada.
99. Resentimiento.—*Pierde el asno los dientes, pero no las mientes.* Las injurias no se olvidan, aunque se perdonen.
100. Interés.—*Por el dinero, baila el perro.* Mediando el interés, se realizan cosas impropias. Un adagio dice: «Dádivas quebrantan peñas».
101. Sensatez.—*¿Qué lleváis ahí? —No, nada, si el asno cae.* Desconfianza en entregar el cuidado de cosas delicadas a quien no tiene suficiente juicio.
102. Arriesgarse.—*Quien al lobo envía, carne espera.* Cuando a una persona codiciosa y atrevida se le confía un asunto, es porque es difícil resolver de otro modo.
103. Ilusiones.—*Quien bueyes ha menos, cencerros se le antojan.* Lo que se quiso mucho y se perdió, se recuerda siempre.
104. Ingratitud.—*Quien come la vaca del rey, a los cien años paga los huesos.* Se refiere a los poderosos y a las entidades y corporaciones que se olvidan de los servicios prestados.
105. Intranquilidad.—*Quien no tiene ruido, compre cochino.* Es irónico. Aconseja no buscar mal vecino ni personas ofensivas y escandalosas.
106. Esfuerzo.—*Quien peces quiere, el rabo se moja.* «No se pescan truchas a bragas enjutas», dice otro refrán, con la misma idea, de que hay que esforzarse para obtener un buen fruto.
107. Castigo.—*Quien solo come su gallo, solo ensilla su caballo.* Los egoístas se ven despreciados cuando necesitan algún favor del prójimo.
108. Instintos.—*Retoza el buey por la manta.* El que no es para lo que debe, en la impropia conversación se le parece (glosa del siglo XVI).
109. Irremediable.—*Sardina que gato lleva, galduda está.* Lo que se pierde por la fuerza, es difícil recuperarlo.
110. Revisión.—*Tarde vino el gato con la longaniza.* Deben guardarse las cosas en sitio seguro.
111. Ironía.—*Tribulación, hermanos, entre dos tres pollos.* Burla de los que en el buen tiempo se acuerdan de las épocas de escasez.
112. Inseguridad.—*Una golondrina no hace verano.* No se debe prescindir de seguir trabajando porque se tenga un pequeño éxito inicial.
113. Oportunidad.—*Uno piensa el bayo y otro el que lo ensilla.* Avisa a los que están descuidados, para que no se aprovechen los astutos.
114. Aspecto exterior.—*Vídose el perro, en bragas de cerro.* El atavío desordenado y desproporcionado a los estados y personas hace que se piense otro de lo que son. (Anónimo del siglo XVI.)
115. Temor al riesgo.—*Viva la gallina, con su pepita.* «Aquí yace Juan Español, que estando bueno, quiso estar mejor», dice otro, con el mismo sentido de no aventurarse a riesgos operatorios o en asuntos arriesgados.
116. Ingratitud.—*Yo a las buenas, y vos a las malas; no puede ser más negro el cuervo que sus alas.* «El que no es agradecido, no es bien nacido». Eso le pasa al que es de mal fondo moral y quiere fingir amistad.
117. Adversidad.—*Zorras en zorrera, el humo les echa fuera.* La adversidad saca a los ruines de su malignidad. (Anónimo del siglo XVI.)
118. Cautela.—*Zorrilla que mucho tarde, caza aguarda.* La astucia del que piensa hacer mal espera cuanto tiempo precisa para su realización.

El interés de este refranero animalístico, tomado de la colección del marqués de Santillana [6], puede sintetizarse en tres conclusiones:

1.ª Histórica, por ser esta colección de refranes la más antigua que se conoce, según la opinión de Menéndez Pelayo. El manuscrito original es del siglo XV en su mitad primera.

2.ª Por su aplicación, pues el pueblo sigue usando estos refranes con las adaptaciones naturales de forma, pero sin variar el valor esencial de su fondo, a través de las generaciones, igual que se desgastan y pulen por el uso las monedas corriendo de mano en mano, precisamente por ser de buena ley.

3.ª Por referirse a los refranes animalísticos, más especialmente a las cualidades psicológicas de aplicación humana, y como el alma es inmortal, eternos son

también los principios que deben impulsar al hombre para cumplir su fin en esta vida, como buen cristiano, dando gloria a Dios, amando al prójimo, corrigiendo los vicios y perfeccionando sus virtudes como dones celestiales que hay que cuidar con perseverancia.

El pueblo aplica estos refranes con todo respeto, pidiendo licencia para decir: «Mal comparado... (aquí, el refrán)», o «Con perdón sea dicho...» Meditemos en el fondo moral de estos refranes sobre animales y obtendremos un gran beneficio como seres racionales, es decir, como verdaderos hombres.

ÍNDICE TEMÁTICO

(Los números corresponden a los que figuran en los refranes)

Actividad.—26.
Adversidad.—117.
Agudeza.—59.
Alimentos.—34.
Ambición.—25.
Apariencias.—62, 87, 90.
Apasionamiento.—8.
Aprovechamiento.—38, 94.
Arriesgarse.—102.
Aspecto.—114.
Astucia.—40, 80, 85.
Atracción sexual.—15.
Belleza.—34.
Caridad.—22.
Castigo.—107.
Cautela.—31, 56, 84, 118.
Cobardía.—37, 43, 91.
Compensación.—5, 26.
Conformidad.—41, 46.
Constancia.—4, 63.
Cumplimiento jocoso.—51.
Deberes.—13.
Debilidades humanas.—54.
Defectos ajenos.—48.
Desconcertar.—55.
Desconfianza.—23.
Desorganización.—16.
Desprecio.—27.
Destino.—3.
Disciplina.—2.
Discordias.—73.
Discreción.—89.
Disculpa.—68.
Disimulo.—88.
Engaño.—10, 98.
Entrometidos.—14.
Esfuerzo.—106.
Esperanza.—93.
Exageración.—19.
Experiencia.—1.
Fatalismo.—95.
Formalidad.—11.
Glotonería.—86.
Habilidad.—77.
Herencia.—28.
Holgazanería.—17.
Ilusiones.—103.
Incomprensión.—48.
Inconsecuente.—52.
Independencia.—18, 29, 30.
Indiscreción.—96.
Informalidad.—69.
Ingratitud.—36, 104, 116.
Injustificación.—67, 68.
Inseguridad.—112.
Insensatez.—48.
Instintos.—21, 108, 117.
Interés.—49, 100.
Intranquilidad.—105.
Inutilidad.—9, 74.
Ira.—32.
Ironía.—111.
Irremediable.—109.
Justicia.—42.
Libertad.—24.
Maldad.—53.
Mansedumbre aprovechada.—20.
Mezquindad.—83.
Modestia.—71.
Murmuración.—45.
Obediencia.—66.
Obligaciones.—3.
Oportunidad.—38, 113.
Peligrosidad.—70.
Perversidad.—58.
Prudencia.—60.
Recato.—71.
Resentimiento.—99.
Riñas.—39, 97.
Seguridad.—78, 82.
Selección de cosas.—12.
Sensatez.—101.
Simpleza.—35.
Simuladores.—57.
Soberbia.—61.
Taimado.—33.
Timidez.—115.
Tranquilidad.—79, 81.
Transigencia.—92.
Valorar.—80.

ÍNDICE DE ANIMALES

(La numeración es la de los refranes)

Alcarabán.—52.
Anguilas.—96.
Asno.—9, 15, 16, 17, 21, 43, 48, 66, 78, 80, 89, 91, 93, 99, 101.
Becerra.—20.
Bogas.—98.
Buey.—1, 3, 10, 11, 24, 53, 103, 108.
Buitre.—82.
Caballo.—2, 25, 78, 107, 113.
Carnero.—83.
Cerdo.—35, 44, 54, 65, 67, 95, 105.
Cuervo.—36, 49, 116.
Culebra.—33.
Gallina.—12, 63, 64, 68, 70, 115.
Gallina (pollos de).—5, 8, 74, 79, 111.
Gallo.—29, 39, 61, 64, 84, 107.
Gazapillo.—41.
Gato.—23, 62, 76, 81, 85, 86, 109, 110.
Golondrina.—112.
Gorrión.—30.
Grulla.—35, 47.
León.—90.
Liebre.—4, 19, 69.
Lobo.—16, 40, 46, 50, 55, 56, 59, 102.
Milano.—57.
Mosca.—60.
Mula.—87.
Mulo.—48.
Oveja.—42, 59, 94.
Pájaros.—82.
Peces.—34, 106.
Perro.—4, 6, 7, 13, 18, 22, 32, 58, 72, 73, 100, 114.
Piojos.—14.
Pollos de gallina.—5, 8, 74, 79, 111.
Potros.—88, 92.
Raposa.—31.
Sardina.—51, 71, 109.
Toro.—97.
Truchas.—77.
Urraca.—45.
Vaca.—37, 38, 83, 104.
Vulpeja.—56.
Yegua.—92.
Zorra.—31, 117, 118.

BIBLIOGRAFÍA

1. VIDAL MUNÉ, J.—«La psicología de los animales domésticos, a través de los fabulistas». Madrid, 1951.
2. CASTILLO DE LUCAS, A.—«El perro y el gato» (refranes comparativos). *Medicamenta*, Madrid, 1955.
3. LÓPEZ DE MENDOZA, I.—«Catálogo paremiológico». Melchor García. Madrid, 1918.
4. AMADOR DE LOS RÍOS.—«Obras completas del Marqués de Santillana». Madrid, 1852.
5. RODRÍGUEZ MARÍN, F.—«Más de veintiún mil refranes castellanos». Madrid, 1926. Tres volúmenes más posteriores.
6. GELLA ITURRIAGA, J.—«Refranero del Marqués de Santillana». Inédito, en él figuran los refranes que hay dispersos en todas sus obras, además de los de la colección citada.

Domicilio: Marqués de Cubas, 9, 2.º, Madrid.

INDICE (1)

DE AUTORES

	Págs.
A	
Abades Blanchart ...	391
Aballi ...	225
Adams ...	225
Agazia ...	387
Aguirre ...	226
Agustí Peypoch ...	144
Alemany-Vall ... 151	152
Aliaga ...	139
Alier ...	151
Alvarez Cascos ...	134
Alvise Berengo ...	377
Apóstol ...	141
Arasa Bernáu ...	391
Argel ...	444
Arroyo Rodríguez ...	222
ARSUAGA URRESTARAZU	*162
Artigas Riera ...	136
Ayora ...	454
B	
Báguena Candela ...	379
Bada Sánchez (De la)	136
Balagué Formiguera .	147
Barberá Voltas ... 300	301
Barbolo ...	298
Bariffi ...	460
Bariety ...	446
Barraquer Bordas ...	136
Barrie ...	459
BASTOS ANSART ...	*322
Bauer ...	221
Bayle ...	68
Beau (Jacques le) ...	131
Beato ...	302
Bigi ...	384
Belt ...	438
Bernard-Weil ...	440
Blanco-Rabassa ...	457
Blatjot ...	379
Blechmann ...	296
Bockel ...	223
Bonniot ...	459
Bordinos ...	136
Borgheti ...	384
Borraero ...	226
Bosch Olives ...	129
Bothwell ...	452
Boudouresques ...	440
Bougeant ...	440
Boulanger ...	296
Bourliere ...	376
Bradley ...	70
Braun ...	139
Bret ...	298
Briou ...	444
Bryfogle ...	70
C	
Cacudi ...	387
Calvo Melendro ... 136	297
Cantarella ...	227
Cantenys Cervera 152	302
Cantos Royo ...	69
Caralps ...	373
Carreras Picá ...	134
CARRO GARCÍA ...	*171
CARRON ...	*422
CASADO P. DE NANCLARES ... *187	*263
Casellas Bernat ...	69
CASIELLO ... *81	*401
Castellá Escabrós ...	373
CASTILLO DE LUCAS ...	*461
Castro ...	448
Castro (M.) ...	135
Causa Rull ...	380
COLMEIRO LAFORET ..	*349
Colomer Sala ...	379
Coll-Monegal ...	300
Comas Funallet ...	152
Condeminas Pereña ..	301
Corino Andrade ...	442
Cornejo ...	455
Cornudella ...	373
CORTEJOSO VILLANUEVA ... 217	*302
Costa ...	458
Costa Bertiani ...	217
Costales ...	457
Coudert ...	219
Coupez ...	298
Contier ...	219
Curci ...	286
CH	
CHABÁS ... *106	134
Cheguillaume ...	444
D	
D'Agata ...	454
Dalmáu Ciria ...	381
Dearing ...	383
Del Campo ...	129
De las Casas (P.) ...	300
DE GREGORIO GARCÍA-SERRANO ...	*174
De Michele ...	460
De Vecchi ...	458
Delgado (H.) ...	225
Demole ...	382
Dexeus Font ...	67
Dimitrescu ...	141
Dobbelstein ...	373

(1) LOS TÍTULOS DE LOS ARTÍCULOS ORIGINALES ESCRITOS EXPRESAMENTE PARA ESTA REVISTA FIGURAN EN ÉL CON LETRA DISTINTA, Y LOS NÚMEROS DE SUS PÁGINAS, CON ASTERISCO.

Doménech Alsina 151
Domínguez-Rodiño ... 380
Domínguez - Rodiño Adame (E.) 180
Duplay 440
Durel 443

E

Echeverría Martínez *329
Editorial **137**
Endara 453 455
Ennuyer 444
Escobar 225
Esquivel Jiménez 448

F

Fanjoux 444
Fattorusso 220
Faust 439
Fernández Arenas ... 448
Fernández Cruz 128
Fernández-Ruiz *241
Ferrari 384
Ferreira 442
Finck 452
Finolest 459
Fischgold 444
Floch 383
Flores 225
Florián 137
Forteza Bover 379
Fuente Chaos (De la) 127
Fusté 71

G

Gallart-Esquerdo 145, 146, 147, 148 230
Galloso 458
Galzerano 387
García del Río *111 *425
García Palacio 226
García Ramos 130
Giménez Díaz 448
Giuliano 460
González-Galván ... *263
González Rivas 373
Goodwin 227
Gouygou **68**
Granjel *154
Grañén Raso ... 144 145
Guelfi 68
Guillaumat 444
Guleke 374

H

Hamperl 295
Hansen 374
Hernández Benito .. *395
Hidalgo de Carbajo . 302
Hochrein 218
Hoff 295

I

Inglesse 298
Innocenti 384
Iriarte 127

J

Jayle 296
Jiménez Díaz 135
Juif 137

K

Katsch *360
Kirchof 393
Kirschner 374
Knipping 438
Koupernick 226
Krojanker 385
Kurt Bloch 374

L

Lastra Martínez 381
Lazarescu 455
Leal 71
Le Cocq 440
Lelong 130
Lepage 130
Levy 453
Linazasoro 135
Lodi 298

M

Magliulo 140
Manchón Azcona 151 392
Mancuso 459
Marañón 134
Marra 387
Marinaccio 387
Martín-Guerra 389
Martínez Maturana ... 134
Mas y Magró 380
Matilla 294
Melillo 460
Merchante 135 448
Metzger 444
Meyer *430
Michard 444
Michel-Bechet 219
Miguélez 130
Moleres Ferrandis ... 379
Montalvo 71
Montón Raspall 392
Morato Portell 379
Mowbray 386
Muies 384
Mundet Torrellas ... 301

N

Nadal Valldura 381
Naranjo 457
Nasio *248
Navarro 142

O

Olivecrona 448
Oliveros 136
Orellana Torrealba ... 71
Orlando 386
Ortega 135 448
Orr *369

P

Parella 227 299
Parmeggiani 458
Paúl Cossa 440
Pequignot 437
Pera Blanco-Morales . 67
Pérez Petinto 449
Perkins 441
Perelman 140
Peset Llorca ... *45 *231
Petit-Dutaillis 440
Pezza 227
Piédrola Gil 294
Piotrouski 139
Pirzio-Biroli 452
Polonowski 453
Pons Bazán 294
Postel 440
Prendes 226
Pschyrembel 218

Q

Quintana Montero .. *162
Quénu 442

R

Rangel 456
Recorder Clavell 145, 148 230
Remond 385
Rescingo 459
Reulos *422
Ribbert 295
Rignall 445
Ríos Sasiaín *354
Ripoll-Gómez 390
Ritter 220
Riudavetz 433
Rivoire 440
Roche 296
Rocher (Chr.) 220
Rodríguez 455
Rof Carballo 216
Roig Raventós 67
Romero Velasco *17 **87**

Rossi 384
Rossier 130

S

Sala 140
Sala Ginabreda 449
Sánchez Arnedo ... *56
Sánchez Gallego 448
Sánchez Malo ... 136 297
Sapriza Vidal 458
Sariñana Bayer .. 148 230
Sariols Gómez 301
Satanowsky 457
Sauer 383
Sayé 297
Schollgen 373
Señarir Bello 297
Seral y Casas *408
Serembe 459
Siboulet 443
Silverio 71
Sol Felip 135
Solé 222
Solé Sagarra *116
Soto Pradera *71
Sourniá 377
Stahl 223
Sueiras 146 390

T

Tarantola 457
Tatay Romero 379
Teixeira 222
Theleu 227
Thibaut 444
Torres 456
Torres de Gassó 150 392
Torroella 226
Touvenoux 444
Trelat 226
Tremoliers 450
Triadú 392

U

Ucar 142

V

Valentín 438
Valledor 457
Varela Seijas 448
Vensat 348
Verdún 132
Vilardell 373
Vilarrasa 152
Villares Urchaga 392
Vital-Aza 216
Vojtek 71
Volk 438
Vourc 444

W

Wald 453
Willard 227

X

Xalabarder 373
Xazanov 459

Y

Yaté 219

Z

Zapatero 217
Zenguinov 141
Zenker 374
Zubiri Vidal (F.) ... *72
Zuckermann *1

DE MATERIAS

Págs.

A

Academia Pugliese delle Scienze (Atti e relazioni) 378
«Acanthosis Nigricans» (La) 134
Acetozolamida (Prueba de la función renal mediante la) 134
Acido cianacético de la tuberculosis del ratón blanco (La hidrácida del) 459
Acido pantoténico en los vértigos y mareos (Acción del alcohol del) 142
Acroparestesia de Shultze-Putman y síndrome del túnel carpiano 297
Adenocarcinoma endometrial (El rádium en las hemorragias funcionales y) 203
Adenomes hypophysaires 444
Affections vasculaires (Therapeutique des) 444
Airotor (Experiencia con el) 381
ALCÁZAR (LA OBRA DE ANDRÉS) *154
Alergia y medicina neural 391
ALMA, SEGÚN LOS ESTOICOS (ENFERMEDAD MENTAL Y ENFERMEDAD DEL) ... *45
Anales del Instituto Radioquirúrgico de Guipúzcoa 216
Anatomía patológica (Tratado de patología general y) 295
Anatómicos (Asamblea Internacional de) 388
ANDRÉS ALCÁZAR (LA OBRA DE) *154
ANDRÉS PIQUER (NUEVOS PAPELES DEL DOCTOR) *231
Angor pectoris (Tratamiento del) ... 69
Anemia perniciosa (La fase preanémica de la) 225
Anestesias con gases en otorrinolaringología (Las) 392
Anima (Medico del corpo e dell') ... 438
Animales en el mundo de los niños (Repercusión psicológica de los) ... 139
Antibióticos en endodoncias 381
Anticoagulantes sanguíneos sintéticos (Desratización por el empleo de) ... 294
Antidiabéticos orales (Los) 137
Antituberculosa de la kanamicina (Hallazgos experimentales sobre la actividad) 385
Apendicitis crónica 379
Apoplejía (Tratamiento quirúrgico de la) 453
Arsenical (El carcinoma) 139
Arteriopatías obstructivas de los miembros inferiores (Implantación de placenta en las) 458
Artritis esternoclavicular (Síndrome neurálgico por) 151
Artritis reumatoide crónica (Investigaciones virológicas sobre la etiología de la) 380
Artritis reumatoide tratado con esteroides suprarrenales 379
Ataque eclámptico en el parto (Tratamiento del) 222
Atlas de electrocardiografía 220
Atlas de techniques chirurgicales 219
Asamblea Internacional de Anatómicos 388
Aspiración endocavitaria (Investigaciones funcionales sobre la) 387

B

Balance del nitrógeno 450
Balistocardiograma en las cardiopatías mitrales (El) 384
Bauhinitis edematosa (La) 381
B. C. G. (Eritema nudoso después de la vacunación por) 387
Biliares (Cirugía de las vías) 148
Bioclimatología (Algo sobre) 152
Biochimie Medicale (Exposes annuels de) 296

Biologie (Initiation mathematique a la physique medicale et a la) .....
BIOLÓGICOS DE LA RADIACIÓN NUCLEAR (LOS EFECTOS) *369

C

Cáncer (Lucha contra el) 216
Cancer (L'hypophisectomie dans le traitement du) 131
Cáncer gástrico 145
Cáncer de hígado 146
Cáncer de mama (Hormonoterapia en el) 392
Cáncer del riñón (El diagnóstico del) 380
Cáncer de la vulva (Tratamiento del) 152
CÁNCER Y DE LAS LEUCEMIAS (ETIOLOGÍA DEL) *433
Caquexia y enfermedad de Simmonds 137
Carcinoide (Tumores) 383
Carcinoma arsenical (El) 139
Carcinoma of the lung 445
Cardiópata (Exploración clínica y valoración funcional del) 348
Cardiopatías mitrales (El balistocardiograma en las) 384
Carencia de hierro en el organismo (Sobre la) 452
Caso clínico (presentación y discusión de un) 230
Centenario de Freud (Después del) ... 139
Cicloeserina en la tuberculosis experimental (La) 459
CINESITERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS ESCOLIOSIS (LA) *408
CIRUGÍA DE LA SORDERA (ESTADO ACTUAL DE LA) *56
Cirugía de las vías biliares 148
Citodiagnóstico (Método de coloración «standard» para) 69
Cloranfenicol introducido por vía endovenosa en el tratamiento de la infección eberthiana (El) 454
Cloranfenicol (Tratamiento de las meningitis con el) 456
Clorofila (La actividad antibacteriana de la) 386
Coágulo sanguíneo (Relación entre la concentración en fibrinógeno y la retracción del) 386
COLERÉTICO DE SÍNTESIS (EXPERIENCIAS SOBRE UN NUEVO) *263
COLITIS ULCEROSA GRAVE (TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO DE LA) *247
Collagenoses, endocardites malignes ... 444
Coloración «standard» para citodiagnóstico, bacteriología, etc. 69
Colposcopia en el diagnóstico de las lesiones cervicales (La) 299
Coma hepático 223
Congreso Brasileño de Proctología, celebrado en Río de Janeiro (El VIII) 300
Congrés National de la Tubercolose (El XIIe) 446
Corazón pulmonar crónico en la tuberculosis pulmonar (Comparación electrocardiográfica del) 460
Cordotomía anterolateral (La) 455
Corpo e dell'anima (Medico del) 438
Córticosuprarrenal en el trauma operatorio (La actividad) 298
Crâne (Metabolisme de l'eau dans les traumatismes du) 440
CRANEALES (TRAUMATISMOS) *162
Cuadro seroproteico en la toxemia tuberculosa crónica (El) 227
Curso de Reumatología 217

CH

Chirurgicale ilustrée (Nouvelle pratique) 442
Chirurgicales (Atlas de tchniques) ... 219
Choque interhumano (Psicología del) 454

D

Delito (La personalidad psicopática epitelioide y su correlación con el) ... 225
Delito del enfermo mental (Prevención del) 298
Demencias preseniles (Estudio de las) 294
Derrames de las membranas serosas (El laboratorio en los) 448
Desratización por el empleo de anticoagulantes sanguíneos sintéticos 294
Diabetes (Complicaciones vasculares de la) 70
DIABETES Y EMBARAZO *360
Diafragma (Diagnóstico de la hernia del hiato esofágico del) 145
Diafragma (Diagnóstico diferencial de la hernia del hiato esofágico del) 148
Diagnóstico de apendicitis crónica ... 379
Diagnóstico del cáncer del riñón (El) 380
Diagnóstico de la parálisis intestinal (Un signo práctico para el) 298
Diagnóstico de las lesiones cervicales (La colposcopia en el) 299
Diagnóstico diferencial de la hernia del hiato esofágico del diafragma 148

Diagnóstico diferencial de las enfermedades internas 221
Diagnóstico y tratamiento de las intoxicaciones en pediatría 449
DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL EMBARAZO (LA PRUEBA DE RADETSKY PARA EL) *422
Dinámica de la respiración (Interdependencia en tuberculosis entre el sistema brónquico y la) 141
Dinastía pirenaica (Investigaciones acerca de la) 129
Dislocations (Fractures and) 441
DISPENSARIO ANTIVENÉREO EN LA GUERRA CIVIL ESPAÑOLA (LO QUE FUÉ EL) *174
Divertículo duodenal (Hernia diafragmática y) 301
Divertículos duodenales 229
Divertículos del esófago 392
Diverticulosis del intestino 147
DIVERTÍCULOS SIGMOIDEOS (FALSOS) ... *172
Dorsalgias interescapulares 129
Drogas antirreumáticas (Las actuales) 301
Drogas psicotomiméticas 457
Duodenales (Divertículos) 230
Duodenales postbulbares (Ulceras) ... 300

E

Eau dans les traumatismes du crâne (Metabolisme de l') 440
Eclampsia en el parto (Tratamiento de la) 222
EDEMATOSAS DEL LUPUS ERITEMATOSO DISEMINADO (LAS FORMAS) *111
Electroencéfalografía en la enfermedad de Sturge-Weber (La) 148
Electroencéfalografía (Recientes adquisiciones de) 385
Electrocardiografía del corazón pulmonar crónico en la tuberculosis pulmonar (Comparación) 460
Electrocardiográficos del esfuerzo ventricular derecho en la tuberculosis pulmonar (Los signos) 459
Electroforesis en papel, de las proteínas, lipoproteínas y glicoproteínas séricas (Estudio por) 379
Electrocardiografía (Atlas de) 220
EMBARAZO (DIABETES Y) *360
EMBARAZO (DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL) . *422
Endodoncias (Antibióticos en) 381
Endometriosis (Importancia clínica actual de la) 222
Empiema pleural (La piracinamida en el tratamiento del) 458
Endocardites malignes (Collagenoses,) 444
Enfants (Maladies du nourrison et des) 296
ENFERMEDAD DEL ALMA, SEGÚN LOS ESTOICOS (ENFERMEDAD MENTAL Y) ... *45
Enfermedad de Alzheimer y Pick ... 294
Enfermedades hepáticas y pancreáticas (Las transaminasas y fosfatasas en las) 390
Enfermedades internas (Tratamiento de las) 295
Enfermedades internas (Diagnóstico diferencial de las) 221
ENFERMEDAD MENTAL Y ENFERMEDAD DEL ALMA, SEGÚN LOS ESTOICOS *45
Enfermo mental (Prevención del delito del) 298
ENFERMEDADES OCULARES POR RADIACIÓN *354
Enfermedad poliquística (Fibrosis congénita del hígado y) 226
ENFERMEDAD DEL REY DON SANCHO EL CRASO (CONSIDERACIONES SOBRE LA) *72
Enfermedades reumáticas (Su origen y tratamiento) 218
Enfermedad de Simmonds (Caquexia y) 137
Enfermedad de Sturge-Weber (Estudio electroencéfalográfico de la) 148
Enfermedades del sistema nervioso (La electroencéfalografía en el tratamiento de las) 385
Enfermedades de interés ortopédico (Masoterapia reumática en) 458
Epidemiología de la tuberculosis en Barcelona 297
Epilepsia en el niño (La) 71
Eritema nudoso después de la vacunación por B. C. G. 387
ESCOLIOSIS (TRATAMIENTO DE LAS) ... *408
Esofágico (Hernias del hiato) 380
Esófago (Divertículos del) 392
Esófago hiatal (Patología del) 67
Espasmolítica analgésica (Nueva asociación) 136
Especialidades (Técnica terapéutica de todas las) 374
ESPERMOGRAMA (EL) *401
Esquizofrenia (La investigación somática en la) 222
Esquizofrénicos (Pintura de) 225
Esteroides suprarrenales (Artritis reumatoide tratada con) 379
Estomatología (Los implantes alloplásticos en) 135
Exéresis pulmonar (Nuevo brote de la enfermedad tuberculosa después de la) 387

Exploración clínica y valoración funcional del cardiópata 348
EXPRESIÓN PSICOLÓGICA (LAS MANOS DEL HOMBRE Y SU VALOR EN LA) *303

F

Fetal (Profilaxis) 67
Fibrinógeno y la retracción del coágulo sanguíneo (Relación entre la concentración en) 386
Fibrilación auricular (Estudio del mecanismo fisiopatológico del flutter y de la) 384
Fibrosis congénita del hígado y enfermedad poliquística 226
Fiebre reumática 134
Film «Oven Dependency» (Comentarios al) 145
Fístulas anales (Tratamiento de las) 301
Flutter y de la fibrilación auricular (Mecanismo fisiopatológico del) 384
Fonction spermatogenétique du testicule humain (La) 68
Formulario Clínico Labor 216
Formas graves espinobulbares de la poliomielitis (Tratamiento de las) 449
Fractures and dislocations 441
Freud (Después del centenario de) ... 139
Función renal durante la nefrectomía parcial (Preservación de la) .....
Función renal mediante la administración de acetozolamida (Prueba de la) 134

G

Gases en otorrinolaringología (Las anestesias con) 392
Geografía médica del término municipal de Rosario (Santa Cruz de Tenerife) 130
GUERRA CIVIL ESPAÑOLA (EL DISPENSARIO ANTIVENÉREO EN LA) *174

H

Hematología italiana desde el siglo XVII al XX (La) 133
Hemibalismo (Estudio anatomoclínico de un caso de) 136
Hemorragias funcionales y adenocarcinoma endometrial (El rádium como tratamiento profiláctico) 302
Hemorragia gástrica (Tratamiento médico de una gran) 382
Hepatitis virásicas (Etiología y sistemática de las) 377
Hepático (Coma) 223
Hernia del hiato esofágico del diafragma (Diagnóstico de la) 145
Hernia del hiato esofágico del diafragma (Diagnóstico diferencial de la) 148
Hernias del hiato esofágico 380
Hernia diafragmática y divertículo duodenal 301
Hiato esofágico (Hernias del) 380
Hiato esofágico del diafragma (Diagnóstico diferencial del) 148
Hidrácida del ácido cianacético en la tuberculosis del ratón blanco (La) ... 459
Hidrocortisona en la cadera y en la rodilla (Resultados comparativos de la inyección de) 152
Hierro en el organismo (Sobre la carencia de) 452
Hígado (Cáncer del) 146
Hígado (Fibrosis congénita del) 226
Hijos (Por qué la mujer no tiene) ... 216
HIPERHIDROSIS *430
Hipertensión arterial (Comportamiento de la onda U en la) 448
Hipertensos (Ensayos con pentolinios en) 462
Hipertrofia mamaria virginal 391
Hipófisis (Núcleo paraventricular) ... 443
Histoplasmina (Reactividad cutánea a la) 299
HOMBRE (REFRANES ANIMALÍSTICOS DE APLICACIÓN AL) *461
Hormonoterapia en el cáncer de mama 392
Hypophysaires (Adenomes) 444
Hypophisectomie dans le traitement du cancer (L') 131

I

Imagen radiográfica (Nuevos sistemas para registrar la) 151
IMÁGENES PSEUDOTUMORALES MEDIASTÍNICAS *425
Implantes alloplásticos yuxtaóseos estomatológicos 135
Infancia (Proctorragias en la) 390
INFARTO DE MIOCARDIO (TRATAMIENTO DEL) *263
INFARTO DE MIOCARDIO (PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DEL) *187
Infección eberthiana (El cloranfenicol en el tratamiento de la) 454
Infecciones respiratorias invernales del lactante 140

Injerto neoplásico por punción biópsica hepática 301
Instituto Radioquirúrgico de Guipúzcoa (Anales del) 216
Intestinal (Un signo práctico para el diagnóstico de la parálisis) 298
Intestino (Diverticulosis del) 147
Intoxicaciones en pediatría (Diagnóstico y tratamiento de las) 449
Invaginación intestinal del lactante (La) 140
Investigaciones histórico-críticas acerca de la dinastía pirenaica 129
Investigación somática en la esquizofrenia (La) 222

J

Jornadas Lusitanas Francoespañolas de Gastroenterología (Resumen de las comunicaciones presentadas en las) 229
Jornadas Venezolanas de Gastroenterología (Impresiones de las III) 147
Journées Therapéutiques de París ... 378

K

Kanamicina (Hallazgos experimentales sobre la actividad antituberculosa de la) 386

L

Laboratorio en los derrames de las membranas serosas (El) 448
Lactación (El efecto de la occitocina sobre la) *349
Lactante (La invaginación intestinal del) 140
Lactante (Infecciones respiratorias invernales del) 140
Lactante (Neumotórax espontáneo del) 455
Lesiones cervicales (La colposcopia en el diagnóstico de las) 299
Leucemia (Las mercaptopurinas en la) 150
Leucemias (Etiología del cáncer y de las) *433
Leucemias (Terapéutica actual de las) *17 *87
Lobelina para la determinación de la velocidad circulatoria (El empleo de la) 379
Lucha contra el cáncer 216
Lung (Carcinoma of the) 445
Lupus eritematoso diseminado (Las formas edematosas del) *111

M

Maladies du nourrisons et des enfants 296
Mama (Hormonoterapia en el cáncer de) 392
Mamaria (Algunos aspectos de la tuberculosis) 387
Mamaria virginal (Hipertrofia) 391
Manos del hombre y su valor en la expresión psicológica (Las) *303
Mareos diversos (Acción del alcohol del ácido pantoténico en los vértigos y) 142
Masoterapia neumática en enfermedades de interés ortopédico 458
Matemátique a la physique medicale et la biologie (Initiation) 68
Mediastínicas (Imágenes pseudotumorales) *425
Medicina actual (Los grandes problemas de la) 127
Medicina neural (Alergia y) 391
Medicina serológica (A propósito de la) *81
Medicina y mundo moderno 437
Medico del corpo e dell'anima 438
Membranas serosas (el laboratorio en los derrames de las) 448
Meningitis con el cloranfenicol (Tratamiento de las) 456
Meningitis linfocitarias (Las) 137
Mental y enfermedad del alma, según los estoicos (Enfermedad) ... *45
Mercaptopurinas en la leucemia (Las) 150
Metabolisme de l'eau dans les traumatismes du crâne 440
Metabolismo (Un síndrome de error congénito del) 135
Metódica moderna de asistencia al parto *241
Miembros inferiores (La implantación de placenta en las arteriopatías de los) 458
Miocardio (Profilaxis y tratamiento del infarto de) *187
Miocarditis en la tuberculosis secundaria (La) 459
Miositis osificante 457
Mitrales (El balistocardiograma en las cardiopatías) 184
Muerte del prematuro (Causas de la) 71
Muertes repentinas? (¿Aumentan actualmente las) *329
Mujer no tiene hijos (Por qué la) ... 216
Mundo moderno (Medicina y) 437
Música en la psicología clínica (La) ... 385
Mycoses (Traitement des) 219

N

Nefrectomía parcial (Preservación de la función renal durante la) 227
Nefritis experimental 135
Nefropatía experimental por un aminonucleósido de la puromicina (La) ... 448
Neoplasias de la piel *1
Neumotórax espontáneo del lactante ... 455
Neuralgia trigémina *105
Neuropatología de las psicosis orgánicas *116
Neuropsiquiatría Infantil» (La «VI Reunión anual de la Sociedad de) ... 228
Niño (La epilepsia en el) 71
Niños (Repercusión psicológica de los animales en el mundo de los) 139
Niños de corta edad (Evolución de la tuberculosis pulmonar hematógena en los) 141
Niño (Tuberculosis primaria en el) ... 457
Nitrógeno (Balance del) 450
Nourrisons et des enfants (Maladie du) 296
Nouveau-né (Le) 130
Núcleo paraventricular e hipófisis ... 443

O

Obra de Andrés Alcázar (La) *154
Obstetricia (El röntgendiagnóstico en) 393
Obstetricia práctica 218
Occitocina sobre la lactación (El efecto de la) *349
Oculares por radiación (Enfermedades) *354
Oftalmólogos españoles del ochocientos (Tres) *395
Onda U y del espacio T. U. del E. C. G. en la hipertensión arterial (Comportamiento de la) 448
Operación de enchufamiento telescópico (Tratamiento de las seudoartrosis por la) *322
Ortopedia (La masoterapia neumática en) 458
Otorrinolaringología (Las anestesias con gases en) 392
«Over Dependency» (Comentarios al film) 145
Oxígenoterapia en las neuralgias del trigémino (La) *105

P

Páncreas (Tumor maligno del) 136
Páncreas (Resumen de las comunicaciones presentadas sobre la patología del) 229
Pancreatitis crónica recidivante 389
Parálisis intestinal (Un signo práctico para el diagnóstico de la) 298
Parto (Tratamiento del ataque eclámptico en el) 222
Parto (Una moderna metódica de asistencia al) *241
Patología del esófago hiatal 67
Patología general 128
Patología general y anatomía patológica (Tratado de) 295
Pediatría (Las intoxicaciones en) 449
Peligro psíquico (El) 132
Pensares y pensadores 127
Personalidad psicopática epileptoide (La) 225
Physique medicale et la biologie (Initiation matematique a la) 68
Piel (Neoplasias de la) *1
Pintura de esquizofrénicos 225
Piquer (Nuevos papeles del doctor Andrés) *231
Piracinamida en el tratamiento del empiema pleural (La) 458
Placenta en las arteriopatías de los miembros inferiores (Implantación de) 458
Poliomielitis (La resistencia espontánea a la) 293
Poliomielitis (Tratamiento de las formas graves espinobulbares de la) 449
Poliomielitis (Quinto «Symposium» Europeo sobre) 436
Pratique chirurgicale ilustrée (Nouvelle) 442
Prematuro (Causas de la muerte del) 71
Proteínas séricas (Acción de las saponinas sobre las) 453
Proctología de Río de Janeiro (El VIII Congreso de) 300
Proctorragias en la infancia 390
Profilaxis fetal 67
Profilaxis y tratamiento del infarto de miocardio *187 *263
Proteína C en la tuberculosis pulmonar (Comportamiento de la) 227
Proteínas séricas en las nefropatías (Estudio electroforético en papel de las) 379
Prueba de Radetsky para el diagnóstico precoz del embarazo (La) ... *422
Psicología de los animales en los niños (Repercusión) 139
Psicología del choque interhumano ... 454

Psicología clínica (La música en la) 385
Psicológica (Las manos del hombre y su valor en la expresión) *303
Psicosis orgánicas (Neuropatología de las) *116
Psicopatía epileptoide y su correlación con el delito (La personalidad) ... 225
Psicoterápica en el Departamento de Patología Digestiva (Dos años de labor) 144
Psicoticomiméticas (Drogas) 457
Psiquiatría (Problemas actuales de la) 373
Psiquiatría infantil (Nociones prácticas de) 226
Pulgar (La resección del tendón largo del) 458
Punción biópsica hepática (Injerto neoplásico) 301
Puromicina (La nefropatía experimental por un aminonucleósido de la) 448
Psychiatrique (Therapeutique neurologique et) 440

Q

Química de la tuberculina (La composición) 387
Quiste hidatídico de pulmón 297

R

Radiación (Enfermedades oculares por) *354
Radiación nuclear (Los efectos biológicos de la) *369
Radiación en radiodiagnóstico (La) ... 302
Radiodiagnóstico (La radiación en) ... 302
Radiográfica (Nuevos sistemas para registrar la imagen) 151
Rádium como tratamiento de las hemorragias funcionales y adenocarcinoma endometrial (El) 203
Reactividad cutánea a la histoplasmina 299
Real Academia de Valladolid (Sesión inaugural en la) 217
Reeducations psycho-motrice 220
Rectocolitis mucohemorrágica (Tratamiento quirúrgico de la) 144
Rectosigmoiditis gangrenosa 146
Refranes animalísticos de aplicación al hombre *461
Rehabilitación del sordo (La) 150
Resección en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar (Resultados de la) 459
Respiración y sistema brónquico (Interdependencia en tuberculosis entre la dinámica de la) 141
Reumática (Fiebre) 134
Reumáticas (Estudio sobre las actuales drogas) 301
Reumatología (Curso de) 217
Reumáticos, su origen y tratamiento (Enfermedades) 218
Reumatoide crónica (Virología en la etiología de la artritis) 380
Reunión Nacional de Sanitarios Españoles (Ponencias presentadas en la V) 436
Revista Médica Peruana 70
Riñón (El diagnóstico del cáncer del) 380
Riñón en la regulación de la sed (Papel del) 135
Röntgendiagnóstico en obstetricia 393

S

Sancho el Craso (Consideraciones sobre la enfermedad del rey don) ... *72
Sanitarios Españoles (V Reunión Nacional de) 436
Saponinas sobre las proteínas séricas (Acción de las) 453
Sección del tendón flexor largo del pulgar (La) 458
Sed (Papel del riñón en la regulación de la) 135
Senescencia y senilidad 376
Sesión inaugural del curso en la Real Academia de Medicina de Valladolid 217
Sentencia indeterminada (La) 455
Seudoartrosis por la qperación de enchufamiento telescópico (Tratamiento de las) *322
Sexológica (A propósito de la medicina) *81
Sigmoideos (Falsos divertículos) ... *171
Signos electrocardiográficos en la tuberculosis pulmonar (Los) 459
Sílicotuberculosis (Investigaciones y hallazgos experimentales en) 460
Síndrome de error congénito del metabolismo (Un) 135
Síndrome del túnel carpiano (Acroparestesia de Schultze-Putnan y) 297
Síndrome neurálgico cérvicobraquial por artritis esternoclavicular 151
Síndrome del túnel carpiano en las amas de casa 136
Síndromes neurológicos consecutivos a traumatismos occipitales 439

Sintomatológicas (Notas clínicas) 151
Sistema nervioso (La electroencefalografía en el tratamiento de las enfermedades del) 385
Sistema brónquico y dinámica de la respiración (Interdependencia en tuberculosis entre) 141
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Castilla (Sesión del 9 de noviembre de 1958) 149
Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil» (La «VI Reunión anual de la) ... 228
Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Castilla 393
Sordo (La rehabilitación del) 150
Sordera (Estado actual de la cirugía de la) *56
Suppurations uretro-genitales (Traitements des) 443

T

Técnica operatoria general y especial (Tratado de) 374
Técnica terapéutica de todas las especialidades 374
Techniques chirurgicales (Atlas de) ... 219
Tendón flexor largo del pulgar (La sección del) 458
Terapéutica actual de las leucemias *17 *87
Testicule humain (La fonction spermatogenetique du) 68
Therapeutique neurologique et psychiatrique 440
Therapeutique des afections vasculaires 44»
Tórax (Los traumatismos del) 377
Toxemia tuberculosa crónica (El cuadro seroproteico en la) 227
Traitement des mycoses 219
Traitement du cancer (L'hypophisectomie dans le) 131
Traitement des suppurations uretro-genitales et de leurs complications chez l'homme et chez la femme 443
Transaminasas y fosfatasas en las enfermedades hepáticas y pancreáticas (Las) 390
Tratado de técnica operatoria general y especial 374
Tratado de patología general y anatomía patológica 295
Tratamiento (Enfermedades reumáticas; su origen y) 218
Tratamiento del angor pectoris 69
Tratamiento del ataque eclámptico en el parto 222
Tratamiento médico de la colitis ulcerosa grave o policausal (Bases racionales para el) *247
Tratamiento del cáncer de la vulva ... 152
Tratamiento de las fístulas anales ... 301
Tratamiento del infarto de miocardio (Profilaxis y) *187 *263
Tratamiento de las seudoartrosis por la operación de enchufamiento telescópico (Sobre el) *322
Tratamiento de las enfermedades internas 295
Tratamiento actual del quiste hidatídico de pulmón 297
Tratamiento médico de una gran hemorragia gástrica (Indicaciones y elementos de) 382
Tratamiento quirúrgico de la rectocolitis mucohemorrágica 144
Tratamiento de las escoliosis (La cinesiterapia en el) *408
Tratamiento de la infección eberthiana (El cloranfenicol por vía endovenosa en el) 454
Tratamiento de la tuberculosis pulmonar (Resultados de la resección en el) 459
Tratamiento del empiema pleural (La piracinamida para el uso tópico en el) 458
Tratamiento de las formas graves espinobulbares de la poliomielitis ... 449
Tratamiento de las intoxicaciones en pediatría (Diagnóstico y) 449
Tratamiento de las meningitis con el cloranfenicol 456
Tratamiento quirúrgico de la apoplejía 453
Trauma operatorio (La actividad córticosuprarrenal en el) 298
Traumatismes du crâne (Metabolisme de l'eau dans les) 440
Traumatismos craneales *162
Traumatismos del tórax (Los) 377
Traumatismos occipitales (Síndromes neurológicos consecutivos a) 439
Traumatismos vertebromedulares cervicais (Problemas clínicos y fisiopatológicos en los) 442
Trigémina (Neuralgia) *105
Tuberculina (La composición química de la) 387
Tuberculosa crónica (El cuadro seroproteico en la toxemia) 227

Tuberculose (XII Congrés National de la) 446
Tuberculosis entre el sistema brónquico y la dinámica de la respiración (Interdependencia en) 141
Tuberculosis es todavía un problema (La) 373
Tuberculosis, después de la exéresis pulmonar (Nuevo brote de) 387
Tuberculosis en Barcelona (Epidemiología de la) 297
Tuberculosis infantil en Checoeslovaquia (Problemas actuales de la) ... 71
Tuberculosis mamaria (Algunos aspectos de la) 387
Tuberculosis pulmonar hematógena en los niños (Evolución de la) 141
Tuberculosis pulmonar (Comportamiento de la proteína C en la) 227
Tuberculosis primaria en el niño (Formas extrapulmonares de la) 457
Tuberculosis experimental (La acción de la cicloeserina en la) 459
Tuberculosis secundaria (La miocarditis en la) 459
Tuberculosis pulmonar (Resultados de la resección en el tratamiento de la) 459
Tuberculosis pulmonar (Los signos electrocardiográficos del esfuerzo ventricular derecho en la) 459
Tuberculosis pulmonar (Comparación electrocardiográfica del corazón pulmonar crónico en la) 460
Tuberculosis del ratón blanco (La hidrácida del ácido cianacético en la) 459
Tuberculosis pulmonar (Los signos electrocardiográficos en la) 459
Tumores carcinoides 383
Tumor maligno del páncreas 136
Túnel carpiano (Síndrome del) 136

U

Ulceras duodenales postbulbares 300
Uretro-genitales (Traitement des suppurations) 443

V

Vacunación por el B. C. G. (Eritema nudoso después de la) 387
Valoración funcional del cardiópata (Exploración clínica y) 348
Velocidad circulatoria (El empleo de la lobelina como método objetivo para la determinación de la) 379
Vértigos y mareos (Acción del alcohol del ácido pantoténico en los) 142
Vertebromedulares cervicais con perturbaçôes nervosas (Traumatismos) . 442
Vías biliares (Cirugía de las) 148
Virásicas (Etiología y sistemática de las hepatitis) 377
Virología sobre la etiología de la artritis reumatoide crónica 380
Vulva (Tratamiento del cáncer de la) 152

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MEDICA LOCAL

ENTREGA DEL TITULO DE COLEGIADO DE HONOR DEL COLEGIO DE MEDICOS DE ZARAGOZA AL DOCTOR NAVARRO PABLO

En un acto presidido por el Director General de Sanidad, doctor García Orcoyen, y que tuvo lugar en la sala de Juntas del Consejo General de Colegios de Médicos, le fué entregado al doctor don Eusebio Navarro Pablo el título de colegiado de honor del Ilustre Colegio de Médicos de Zaragoza. Hizo el ofrecimiento del citado título al señor Navarro, el presidente del Colegio de Médicos de Zaragoza, doctor don Ramón Celma, quien pronunció unas palabras para hacer resaltar la personalidad del doctor Navarro como médico de Asistencia Pública Domiciliaria en el pueblo de Daroca, en donde se jubiló como tal, pero dejando el recuerdo de sus muchas virtudes y de su destacada personalidad científica y humana, que ahora ha puesto más de manifiesto al servir de embajador cerca de su hijo, el ministro de Hacienda, para conseguir importantes mejoras para la clase médica.

Seguidamente, don Eusebio Navarro Pablo, visiblemente emocionado, dió las gracias por la distinción que le hacía, precisamente, el Colegio de Médicos de Zaragoza por medio de su presidente, doctor Celma, al entregarle este título que tantos recuerdos y tantos años de profesión le hacían recordar. Agradeció también la asistencia del Director General y de tantos compañeros allí presentes, pero la emoción no le dejó terminar, siendo acogidas sus últimas palabras con una calurosa y prolongada ovación.

Por último, el Director General de Sanidad, doctor García Orcoyen, pronunció asimismo unas palabras para destacar la significación del acto, dedicado a un médico rural y perteneciente al Cuerpo de los de Asistencia Pública Domiciliaria, clase que sabe ser la más generosa y la más comprensiva de la sociedad española, pero este acto dedicado al doctor Navarro no es precisamente un acto por una gestión, sino por una comprensión; comprensión llevada al Gobierno por uno de sus ministros, precisamente por el hijo del doctor Navarro, ministro de Hacienda, que



PRESIDENCIA DEL ACTO DE HOMENAJE AL DOCTOR NAVARRO PABLO, CELEBRADO EN MADRID.

habiéndose formado en el hogar de un médico rural supo comprender la justicia y el merecimiento de la mejora que pedían. Luego, el doctor Orcoyen se refirió a próximas situaciones trascendentales para la clase médica, pero lo que importa para la profesión es seguir ocupando ese puesto en la estructura social que es privativo de la profesión médica y que no debe ligarse tan sólo por la finalidad de un contrato, sino por ese espíritu que hoy nos preside y que hemos de ver en la personalidad de este médico al que le rendimos un merecido homenaje. El doctor Orcoyen fué muy aplaudido.

Asistió al acto una representación de médicos de Asistencia Pública Domiciliaria de todas las provincias de España, que estaban celebrando una Asamblea. El acto resultó muy emotivo y brillante.

CONMEMORACION DEL «DÍA UNIVERSAL DEL NIÑO»

El día 15 del pasado, y organizado por la Junta Provincial de Protección de Menores, se celebraron diversos actos que culminaron con una velada habida en los locales de la Real Sociedad Económica Aragonesa, en donde pronunciaron importantes discursos exaltando los derechos e importancia del niño, los señores Nasarre, doctor Rey Ardid, doctor A. Lorente Sanz, Sr. Guallart y don Ginés Parra, Presidente de esta Audiencia Territorial.

SECCIÓN DE ESTUDIOS MÉDICOS ARAGONESES

El martes, día 13, celebró la Sección de Estudios Médicos Aragoneses de la Institución «Fernando el Católico», sesión clínica, con la intervención del doctor don Saturnino Mozota Sagardía, que trató el tema: «La hemostasia en la prastatectomía».

La sesión tuvo lugar en el salón de conferencias del Palacio Provincial, y el conferenciante fué muy aplaudido.

LA BECA DE LOS LABORATORIOS ULTA

Entre las instancias recibidas para la adjudicación de la beca que Laboratorios Instituto Ulta concedía para permanecer un año en el Hospital del Niño Jesús de Madrid, perfeccionando estudios sobre Pediatría y Puericultura, cuyo plazo terminaba el 27 de diciembre, ha sido elegida por el tribunal formado a este efecto, la del doctor don Francisco Cantó Moreno.

FALLECIMIENTO DEL DOCTOR IRACHE

En Pinseque, localidad que durante muchos años regentó como médico titular y donde era muy apreciado por su actuación profesional, falleció el 5 del corriente don Luis Irache Sanz.

Persona simpática y de grandes afectos, su muerte ha causado gran sentimiento entre sus compañeros.

PLAZA DE MÉDICO INTERNO EN LA FACULTAD

Según el B. O. del E. del día 27 de diciembre de 1958, se convoca oposición para la provisión de una plaza de médico interno pensionado de la Facultad de Medicina de Zaragoza, adscrita a la cátedra de Otorrinolaringología.

Los aspirantes disponen de un plazo de treinta días contados a partir de la publicación de la convocatoria en el B. O. del E. para la presentación de instancias en la Secretaría de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

SESIONES CLÍNICAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Las Sesiones Clínicas se reunieron el día 9 de los corrientes, en el Aula de Clínicas, para celebrar sesión, con el siguiente orden del día:

1.º Doctor Lafunte Castel: «Transaminasas séricas: Nota previa».

2.º Doctor Tabuenca Oliver: «Contribución al estudio de las comunicaciones interauriculares».

Ambas comunicaciones fueron muy atentamente escuchadas y comentadas con interés.

EL NUEVO CATÁLOGO DE TARIFAS DE PUBLICIDAD DE LA PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Con la esmerada impresión con que don Francisco García Sicilia, ese entusiasta director de Publicidad Médica Garsi, nos tiene acostumbrados, aparece con su regularidad acostumbrada esta nueva edición, la XIV, que este año constituye un voluminoso tomo de 260 páginas.

Catálogo utilísimo para revistas y empresas publicitarias, reseña en sus páginas cuantos datos de interés pueden precisarse: formato, tiradas, costo de suscripción y publicidad, aparición, direcciones, etc., etc.

Se observa cómo, a pesar del elevado costo de las publicaciones, su número ha aumentado increíblemente. Habría que ser un verdadero Argos para leer todo cuanto puede interesar en la prensa española. Pero no hay que preocuparse, pues todas ponen en servir al médico con fe e interés sus mayores esfuerzos en competencia denodada; la única desilusión es que muchos médicos cada vez se interesan menos por la verdadera ciencia, para perderse en un verdadero fárrago de pasatiempos, amenidades o diatribas, proyectos, y arbitrismos de tipo económico-social.

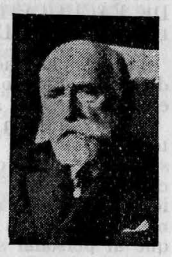
Las páginas de este catálogo son un útil exponente de cuanto bueno, regular y mediocre se publica en nuestra Patria. Ello es bastante y con esto cumple su finalidad informativa. Enhorabuena una vez más.

HOMENAJE EN BIJUESCA A LA MEMORIA DEL DOCTOR NICASIO MARISCAL

El día 14 del pasado diciembre, en la localidad de Bijuesca, de esta provincia de Zaragoza, se rendía tributo de recuerdo y se exaltaba la personalidad del doctor Mariscal, con unos actos sencillos y emotivos, aprovechando el cumplirse la fecha del siglo del nacimiento del ilustre médico aragonés.

El doctor Galán, con este motivo, publicó las siguientes cuartillas:

«Hoy hace un siglo que venía al mundo, en Bijuesca, pueblecito de la provincia de Zoragoza, un niño que con el tiempo había de llegar a ser una eminente figura de la Medicina española: Nicasio Mariscal García.



Cursó sus estudios en la Universidad matritense, y, tras una carrera brillantísima, alcanzó el premio extraordinario de la Licenciatura.

Hizo sus primeras armas de profesión médica en Ateca, destacando su talento, laboriosidad, celo y abnegación durante unas diezmadoras epidemias que durante tres años padeció aquella bella localidad aragonesa. El sarampión hemorrágico, la difteria maligna y el virulento tifus abdominal enlutaban a la mayor parte de aquel aterrorizado vecindario. El doctor Mariscal, día y noche, procuraba llevar ayuda y consuelo a los pacientes y a sus familiares. De todos es sabido el poco resultado de los fármacos de aquella época, en contraste con el influjo decisivo que para la recuperación de la salud tienen las conquistas de la moderna terapéutica.

En las horas que le dejaban libre su ejercicio profesional, nuestro doctor dormía poco y estudiaba mucho, en una continua ampliación de conocimientos sobre las más diversas facetas del saber humano.

Tal era su recia personalidad en plena juventud, que en 1888 ganaba, tras reñido concurso de méritos, la plaza de director del Laboratorio de Medicina Legal de Madrid, siendo nombrado al año siguiente delegado de España en el III Congreso Internacional de Medicina Legal, celebrado en París. La Memoria que escribió sobre dicha Asamblea fué premiada por el Ministerio de Gracia y Justicia. Imprimióse en 1895.

Publicó en su larga vida (rebasó los noventa años) numerosos e importantes trabajos e intervino como ponente y comunicante en importantes congresos.

En la Sociedad Española de Higiene, de la que era presidente en su Sección de Epidemiología, realizó una valiosísima labor, mereciendo destacarse de modo principal dos discursos, con motivo de dos sesiones inaugurales: «Higiene de la persona que se dedica a los trabajos de la inteligencia» y «Materiales para una higiene moral y social».

Entre sus notables estudios en Academias, folletos, revistas, etc., resaltaré «Fundamento de las emociones», «El morfinismo», «La higiene de Zaratustra», «El trabajo femenino desde el punto de vista higiénico» y «Examen de las manchas de sangre y reconocimiento del origen de ellas».

Nicasio Mariscal fué un hombre de gran erudición. Asombran sus amplios conocimientos en arte, en literatura, en filosofía, en psicología... Conversar con él resultaba siempre un deleite, pues esmaltaba su decir con constantes detalles de su singular cultura, pero lanzados no con la intención de epatar, sino porque, sencillamente, anécdotas y citas se le venían a flor de labio.

Para dar una ligera idea de su amplio saber, recordaré el título de algunos de sus trabajos fuera de la temática médica: «Una visita a las ruinas de Numancia», «La historia del Monasterio de Yuste» y «La leyenda del doctor», «La ninfa inexperta»...

Era Mariscal un inspiradísimo poeta, maestro en la construcción de rotundos sonetos.

Su obra «Contribución al estudio de las relaciones que existen entre lo físico y lo moral del hombre y manera de aprovechar estas relaciones en beneficio de la salud corporal y mental», publicada en 1898, alcanzó gran resonancia y mereció unánimes elogios de ilustres plumas españolas. Se agotó pronto, y hubo de hacerse una nueva edición en 1903. Menéndez y Pelayo afirmó que era uno de los mejores libros publicados en aquella época en España.

Era miembro de honor de la Real Academia de Medicina de Zaragoza.

Nicasio Mariscal recordaba con frecuencia su origen baturro, y siempre con satisfacción y con orgullo.

Sirvan estas líneas de recuerdo en la fecha del centenario de su nacimiento.

ASOCIACIÓN DE MÉDICOS ESCRITORES Y ARTISTAS

Esta Asociación celebró sesión literaria el 16 de diciembre, en el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos, para oír la conferencia que el miembro de número don Casimiro Bonmatí Azorín pronunció, sobre el tema «Sonido y Luz: Música y Pintura».

Hizo su presentación el doctor don Juan Fernán Pérez, secretario fundador de la Asociación, y le contestó, en nombre de la misma, su presidente, el doctor don Carlos Blanco Soler.

CONFERENCIA EUROPEA SOBRE CONTROL DEL TRACOMA

En la ciudad de Dubrobnik (Yugoslavia), y en la semana 18-25 de octubre, se celebró la citada conferencia convocada por la Organización Mundial de la Salud. En representación de España asistieron los doctores Mezquita e Ibáñez, Jefes Provinciales de Sanidad de Almería y Granada, respectivamente, y el doctor Mora, oftalmólogo de la Campaña Antitracomatosa.

NECROLOGÍA

HA MUERTO EL DOCTOR MAS Y MAGRÓ

El doctor Mas y Magró, investigador alicantino, de renombre mundial por las investigaciones que venía realizando desde principios de siglo sobre la hematología, ha fallecido. Fué el primero que señaló el camino que se sigue actualmente en las investigaciones sobre la leucemia al demostrar que esta



enfermedad no era, como se creía, un cáncer de la sangre, sino una enfermedad producida por virus, descubrimiento que comunicó por ver primera el año 1919 en el I Congreso Nacional de Medicina celebrado en Madrid.

Era profesor jefe de la Sección de hematología del Instituto de Medicina Experimental del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, donde venía trabajando desde hace bastantes años en colaboración de su hijo, de los mismos nombres y apellidos. Contaba 79 años de edad.

MURIÓ EL ILUSTRE BIÓLOGO PADRE PUJIULA

Ha fallecido, a los 89 años de edad, el sabio biólogo Padre Jaime Pujiula Dilme, S. J., fundador del Instituto Biológico de Sarriá. Era miembro de la Real Academia de Medicina de Barcelona, de la Real de Ciencias Físicas y Matemáticas de Madrid, del Instituto Médico Valenciano y del Instituto de España, así como de otras entidades científicas españolas y extranjeras. Estaba en posesión de la gran Cruz de la Orden de Alfonso X el Sabio.

La noticia de su muerte ha causado general sentimiento. Deja escritos incontables libros sobre biología. Trabajaba unas veinte horas diarias junto al microscopio. Desde hace treinta años había suprimido el desayuno y la lectura de periódicos. A pesar de su avanzada edad, se incorporaba a su gabinete de trabajo, invariablemente, a las cuatro de la madrugada. Era natural de Besalú (Gerona). Empezó a trabajar a los ocho años de edad, con un sueldo de una peseta semanal. Hizo sus primeros estudios eclesiásticos en el Seminario de Gerona, desde donde pasó al Noviciado de Veruela, para ingresar en la Compañía de Jesús. Amplió sus estudios en el extranjero, especialmente en Insbruck y Viena.

CONCLUSIONES DE LA ASAMBLEA DE FACULTATIVOS DEL SEGURO DE ENFERMEDAD

Las conclusiones de la Asamblea de Médicos del Seguro de Enfermedad, celebrada en Madrid, han sido:

Reafirmarse en las conclusiones de la anterior Asamblea. No aceptar ningún plan de seguridad social que en su estructuración inicial carezca de la participación directa de los organismos representativos de la clase médica. Que con carácter preferente se aplique al personal sanitario que presta sus servicios en la Obra el derecho de antigüedad laboral. Que se establezca la Caja de afiliación única para evitar los fraudes que se producen con el actual sistema. Que habida cuenta de la escasez de retribuciones iniciales de los médicos del Seguro Obligatorio de Enfermedad, procede el aumento inmediato de sus emolumentos al nivel del módulo de la iguala médica (20 pesetas). Teniendo en cuenta que el nuevo sistema tributario neutraliza las mejoras económicas últimamente alcanzadas, se solicita una compensación análoga a la que entonces fué concedida por tal motivo. Que se conceda a los Colegios Médicos la habilitación de haberes del Seguro Obligatorio de Enfermedad, y, por último, que se restablezca la Jefatura Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad, regida por un médico.

EL DOCTOR GAY PRIETO MIEMBRO DEL COMITÉ DE LA «ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD»

El ilustre dermatólogo ha sido designado por el Comité directivo de la Organización Mundial de la Salud para formar parte del mismo. Permanecerá en la capital suiza un par de años, aproximadamente, con el fin de colaborar en el mencionado organismo, al estudio de las enfermedades más importantes que sufre la humanidad.

Como especialista en el estudio y tratamiento de la lepra, el doctor Gay Prieto, que ha realizado estos últimos años frecuentes viajes por los continentes asiático y africano, terminada su labor para dar cima a una empresa bien difícil, dada la extensión que en aquellas tierras alcanza la enfermedad.

VIDA MEDICA NACIONAL

INAUGURACIÓN DEL CURSO EN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

El día 9 de enero celebró solemne sesión nública la Real Academia de Medicina de Madrid, con cuyo acto se inauguró el curso 1959-60. En dicha ceremonia se procedió a la entrega de los premios concedidos por la Corporación.

Pronunció el discurso reglamentario el académico doctor don Julio Palacios y Martínez, quien disertó acerca del tema «Descrédito de la Cibernética». Dió letcura a la Memoria el secretario perpetuo de la Corporación, don Valentín Matilla y Gómez.

Seguidamente fueron entregados los siguientes premios:

Premio de la Real Academia.—Tema: «Alteraciones del aparato digestivo producidas por los antibióticos; su profilaxis y tratamiento». Accésit a los dotores don Ramón Triviño Méndez y don Luis Antón de Agustín.

Premio «Alvarez Alcalá», tema I.—«La esterilidad en la Historia», se concede el premio al trabajo distinguido con el tema «Hijos deseados», del que es autor el doctor don César Fernández-Ruiz.

Premio «Alvarez Alcalá», tema II.—«Organización de las reservas cadavéricas (denominadas bancos de huesos) para ser aplicadas en el vivo». Se concede el premio al trabajo distinguido con el tema «Qui persistit vincit», del que es autor el doctor don Cecilio González.

Premio «Salgado».—Se acuerda conceder el premio al doctor don Miguel Gil Gáyarre.

Premio «Roel».—«Geografía o topografía médica de un partido o de un término municipal de la provincia de Madrid». Se acuerda conceder el premio al trabajo distinguido con el lema «Per Aspera ad Astra» sobre «Topografía médica del término municipal del término municipal de Villarejo de Salvanés», del que es autor el doctor don Francisco Cabrero Gómez.

Premio del doctor Codina y Castellvi.—Se concede el premio al doctor don José Abelló Pascual.

Premio del doctor Matilla.—Se concede el premio al trabajo distinguido con el lema «La Medicina social debe ser fundamentalmente Medicina preventiva», del que es autor el doctor don Gonzalo Piédrola.

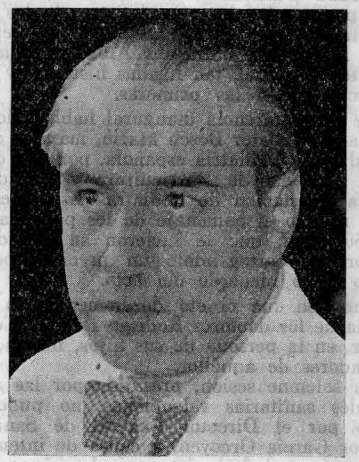
Premio «Sarabia y Pardo».—Se acuerda conceder el premio al doctor don Enrique García Ortiz, por su libro «Niños azules».

Premio «López Sánchez».—Se acuerda conceder el premio al doctor don Angel Fernández Nafría.

Premio «Couder y Moratilla».—Se concede el premio al doctor don Juan Grinda Saavedra, por su talento, trabajo y virtud verdaderamente demostrados dentro del ejército de la Medicina.

VIAJE CIENTÍFICO DEL DOCTOR PUIGVERT

El doctor Antonio Puigvert, Director del Instituto de Urología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, ha visitado durante el pasado mes de septiembre y por invitación de diversas Corporaciones, varios países americanos, entre ellos Brasil, Argentina, Uruguay, Panamá, Chile y Perú. El doctor Puigvert dió diversas conferencias en la Universidad Nacional del Brasil, de Río de Janeiro, donde recibió solemnemente el título de Doctor Honoris Causa concedido al urólogo español por el Claustro Universi-



tario por unanimidad. Por su parte, la Sociedad Brasileña de Urología y las Sociedades de Medicina y Cirugía de la capital del Brasil, se reunieron en sesión conjunta para nombrar al doctor Puigvert «Miembro Honorario» de la primera de estas sociedades.

En Montevideo, el especialista español fué declarado Huésped Oficial del Uruguay. En esta capital el doctor Puigvert practicó diversas intervenciones. En Buenos Aires, la Academia Nacional de Medicina le nombró Miembro de Honor. El doctor Puigvert también pronunció conferencias en Lima, donde fué nombrado Miembro Honorario de la Academia Peruana de Cirugía.

En Panamá, después de pronunciar una conferencia en el Hospital Santo Tomás, fué objeto de una recepción, en el curso de la cual le fué impuesta la encomienda de Vasco Núñez de Balboa, concedida por el Gobierno Nacional, a petición de la Sociedad de Urología, y recibió los títulos de Miembro de Honor de la Academia de Medicina y de la Asociación de Urólogos de Panamá.

Durante su estancia en Chile, actuó en la Cátedra de Urología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, sosteniendo un curso de especialización, y en la Universidad Católica, en el Hospital del Sal-

vador y en la Sociedad de Urología, de Chile, en donde pronunció conferencias y realizó intervenciones quirúrgicas; posteriormente, por invitación del Contralmirante Jefe de los Servicios Técnicos Médicos de la Marina chilena, el doctor Puigvert se trasladó a Valparaíso y Viña del Mar, en donde pronunció sendas conferencias y sostuvo lecciones de carácter clínico.

EL DOCTOR BOSCH MARÍN INAUGURÓ LAS TAREAS DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE PEDIATRÍA

El día 9 de diciembre tuvo lugar en Valencia la sesión inaugural de la naciente Sociedad Valenciana de Pediatría, la cual agrupa a todos los especialistas de las tres provincias del antiguo Reino de Valencia, más los de las limítrofes Albacete, Murcia, Cuenca y Teruel, tan ligadas histórica y geográficamente a las primeras.

De la conferencia inaugural había sido encargado el doctor Bosch Marín, máxima autoridad de la Pediatría española, por sí y como Jefe Nacional de Puericultura y Presidente de la Asociación de Pediatras Españoles, el cual recibió el homenaje de los pediatras de la Sociedad, que le hicieron su presidente honorario, entregándole un precioso pergamino como recuerdo del acto.

También fué objeto de homenaje la memoria de los doctores Rodrigo Pérez y Comín Vilar, en la persona de sus hijos, felices continuadores de aquéllos.

La solemne sesión, presidida por las autoridades sanitarias valencianas, no pudo estarlo por el Director General de Sanidad, doctor García Orcoyen, a causa de intempestiva enfermedad de éste, y a la misma asistieron especialistas de toda la región, atraídos por la importancia histórica del acto, y la personalidad del ilustre conferenciante.

El Secretario de la Sociedad Valenciana de Pediatría, doctor Cortés de los Reyes, leyó el acuerdo por el que se nombra Presidente honorario al doctor Bosch Marín, y el Presidente de la Sociedad, doctor José Selfa, pronunció unas palabras laudatorias, haciendo entrega del título correspondiente, en medio de una gran ovación.

La lección del doctor Bosch Marín reunió las más altas calidades, a través de una hora larga en que la atención del distinguido auditorio estuvo prendida de su palabra.

No faltó en la misma la prueba de gratitud para los compañeros y paisanos que así le habían distinguido, ni tampoco el emocionado recuerdo para los que fueron sus maestros, comenzando por aquel llorado maestro de la Pediatría española que se llamó Gómez Ferrer, cuyo recuerdo tan vivo se mantiene en el alma de los valencianos.

El Jefe Nacional de Puericultura hizo un minucioso bosquejo histórico de la especialidad, tan antigua como el mundo mismo, según pudo demostrar, llegando paso a paso hasta nuestros días, con pasos de gigante, como corresponde a su gran importancia y responsabilidad, puesto que no estamos mas que en la aurora de su porvenir.

Con magníficas citas de Severino Aznar y Ortega Gaset, y con la luminaria incomparable que significan las palabras pronunciadas por el Papa Pío XII pocos días antes de su muerte, se adentró en el campo de la medicina social y de la seguridad social, conceptos bien actuales a los que la clase médica ha de ir acostumbrándose hasta darles contenido, previo un concienzudo estudio de los mismos, y por los que hemos de trabajar todos. A este propósito animó a la Sociedad Valenciana de Pediatría para que estudiara estos problemas, que son tan importantes como los científicos, y que los estudiarán con mucho cariño, anteponiendo a toda idea la del amor al niño.

El doctor Bosch Marín recibió al final de su brillante lección una prolongada salva de aplausos, que vino a ser como un brillante broche, y, a su vez, firme cimiento sobre el que la Sociedad Valenciana de Pediatría edifique su futuro gran edificio.

DISTINCIÓN A DOS URÓLOGOS CATALANES

La Asociación Española de Urología ha acordado, por unanimidad, conceder a los urólogos barceloneses, doctor J. M. Gil-Vernet y doctor don Rafael Gosálbez, el premio «Instituto de Urología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo» en mérito al mejor trabajo urológico publicado el pasado año en las revistas de España y América.

El trabajo premiado sentó las bases científicas para que pudieran ser utilizados con éxito los injertos intestinales, con los cuales el eminente urólogo catalán doctor Gil-Vernet ha logrado plenamente, no sólo la reconstrucción parcial de la vejiga, sino inclusive su total sustitución, revolucionando con ello la cirugía del cáncer vesical y otras afecciones de la vejiga urinaria.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE MADRID

Esta sociedad celebró la sesión inaugural y extraordinaria bajo la presidencia del excelentísimo señor Director General de Sanidad, el día 11 de noviembre, con el siguiente orden del día:

1.º Memoria de Secretaría, por el doctor Crespo Santillana.

2.º Discurso inaugural, por el doctor J. de Cárdenas y Pastor, Presidente de la Sociedad, sobre «El niño y sus circunstancias».

3.º Reparto de premios.

COLOQUIO INTERNACIONAL SOBRE DISTROFIAS INFANTILES

Ha tenido lugar en Oporto (Portugal) un interesante coloquio sobre las distrofias infantiles, con la participación de numerosos pediatras de Portugal, Francia, España e Italia. Nuestro país estuvo representado por el profesor Suárez, Blanco Otero, Claret Corominas y Peña.

DESDE MADRID

EL DOCTOR BLANCO SOLER NOS HABLA DEL PRIMER CONGRESO MEDICO NACIONAL DE LA CRUZ ROJA ESPAÑOLA

En el despacho que en la Asamblea Suprema de la Cruz Roja Española tiene el presidente del Primer Congreso Médico de esta Corporación, doctor don Carlos Blanco Soler, hemos tenido la oportunidad de departir unos instantes con el ilustre clínico, que nos ha hecho las siguientes interesantes manifestaciones:

—La génesis de este Congreso se encuentra precisamente en el extraordinario número de enfermos de todas clases y, en especial los que requieren asistencia urgente, a los



que se atiende en los hospitales y dispensarios esparcidos por todo el ámbito nacional y que, en su consecuencia, somete a sus prestigiosos facultativos a un estudio intensivo de cuantos problemas clínico, de diagnóstico y de tratamiento en la actualidad plantea cotidianamente el ejercicio profesional de la Medicina. Estas enseñanzas, convenientemente recogidas y orientadas por los jefes de los respectivos servicios establecidos, representan un valioso acervo que situará la humanitaria labor de la Cruz Roja Española a la altura que realmente le corresponde.

—*¿Son muchos los centros asistenciales que sostiene la Cruz Roja Española?*

—Mucho más de lo que la mayoría del público profano puede sospechar. En la actualidad funcionan intensamente, bajo el emblema de la Cruz Roja, en toda España, nada menos que veintisiete hospitales, cincuenta y seis dispensarios y setenta puestos de socorro. Dispone, además, de cuatro hospitales móviles y de doscientas veintiséis ambulancias, aparte de los hospitales-dispensarios que se inaugurarán en breve en Algeciras, Lérida y en Irún.

—*¿Cuántos facultativos prestan asistencia en todos estos centros benéficos?*

—En la actualidad sobrepasan bastante los dos mil médicos que prestan servicio, con carácter absolutamente gratuíto, con un plausible y humanitario desinterés. Con ellos colaboran unas quinientas enfermeras profesionales y unas quince mil damas auxiliares voluntarias, amén de cuatrocientas religiosas, dos mil empleados administrativos y subalternos, dieciséis mil camilleros, que constituyen las Brigadas Sanitarias, rivalizando con entusiasmo en el desempeño de su altruista misión. Pasan del millon y medio de asistencias facultativas las prestadas durante el último año, realizando sus ambulancia, sólo en Madrid, cerca de treinta mil traslados de enfermos.

—Esto explica, perfectamente, la necesidad de que los médicos de la Cruz Roja se reúnan, aun cuando sea por primera vez ahora, a deliberar sobre sus estudios experimentales y sobre la magnífica labor clínica a la cabecera del enfermo y en los quirófanos, dotados de todos los elementos necesarios para el mayor éxito.

—*¿Qué labor se desarrollará en este Primer Congreso Médico Nacional de la Cruz Roja Española?*

—Vaya usted tomando nota: se han fijado cuatro ponencias oficiales; la primera versará sobre «Protección ante las radiaciones ionizantes», cuyo desarrollo ha sido confiado a una personalidad de tanta solvencia como el catedrático don Gonzalo Piédrola Gil, con el que han de colaborar los doctores don Eduardo Ramón Rodríguez, don José Lucas Gallego, don Aureo G. Churruca, don José Amaro Lasheras y don Eduardo Sánchez Serrano. La segunda ponencia versará sobre «Cardiopatías congénitas: clínica, diagnóstico y tratamiento de las comunicaciones interauriculares», que será expuesta por el eminente cirujano de tórax del Hospital Central de la Cruz Roja, del Hospital de Auxilio Social y del Instituto de Patología Médica, que dirige el profesor Marañón, doctor don Enrique García Ortiz, que precisamente en la sesión inaugural de la Real Academia de Medicina ha sido galardonado con el premio Sarabia y Pardo para el mejor libro de pediatría que trata del tema «Niños azules». Colaboran con él dos doctores don José de la Hoz Fabra (clínica), don Francisco Jaca Crende (hemodinamia) y don Miguel Casamayor del Cacho (angiocardiografía).

La tercera ponencia —sigue diciéndonos el doctor Blanco Soler— estudiará los problemas de la «Rehabilitación y recuperación de inválidos» y ha sido encomendada al eminente cirujano director del Hospital de la Cruz Roja de Barcelona, vicepresidente de la Real Academia de Medicina de aquella capital y presidente de la World Medical Asociation, doctor don Lorenzo García Tornel, con el que están colaborando los doctores don José María Poal y don Francisco Barnoselle. La cuarta ponencia estudiará la «Transfusión sanguínea», y ha sido confiada

a los prestigiosos hematólogos doctores don Julio Picazo Guillén, don Julio Rivera Bandrés y don Emilio Romero Barrero.

Finalmente, y bajo mi presidencia —sigue diciéndonos el doctor don Carlos Blanco Soler— tendrá lugar un coloquio de «Medicina y cirugía de urgencia», en el que el doctor don Emilio Ley Gracia tratará de las urgencias del cráneo; el doctor don Alfonso Vassallo de Mumbert, de las otorrinolaringológicas; el doctor don Eduardo Martínez Alonso, de las de tórax; el doctor don Carlos Costi García de Tuñón, de las oftalmológicas. De las urgencias de abdomen tratarán el los doctores don Joaquín Páez Ríos, de urología; don Joaquín García Morán, de aparato digestivo, y don César Fernández Ruiz, de ginecología. El doctor don Lorenzo García Tornel y Carrós tratará de las urgencias en los miembros; el doctor don Luis Trias de Bes, de las urgencias del corazón, y eldoctor Sainz de los Terreros, de las urgencias infantiles.

—*Es una espléndida tarea a desarrollar. ¿En qué fecha tendrá lugar este acontecimiento científico?*

...Del veinte al veintitrés de mayo próximo, Dios mediante. Además de las ponencias antes citadas, se celebrarán varias sesiones operatorias y clínicas y serán proyectadas diversas películas científicas.

—*Y del capítulo de solaz, esparcimiento o «juergoterapia» ¿qué puede decirme?*

—Sólo hemos organizado un aperitivo al terminar la sesión inaugural, que celebraremos en el salón de Actos de Auxilio Social: una recepción ofrecida por el señor Conde de Mayalde y otra, a la que nos invita, en la casa palacio de la Diputación Provincial, el Marqués de la Valdavia; la consabida visita a El Escorial y Valle de los Caídos y la habitual cena de despedida, para volver inmediatamente a nuestros respectivos puestos de trabajo profesional ungidos por un ambicioso y lógico afán de perfeccionamiento científico y de humanitario amor para el enfermo.

—*Pues que sea enhorabuena, por adelantado.*

DR. J. FERNÁN PÉREZ

* * *

Avance del programa:

Miércoles 20: A las nueve horas, Misa del Espíritu Santo; a las once, sesión inaugural (salón de actos de Auxilio Social); a las trece, aperitivo; a las dieciséis, primera ponencia (Hospital Central de la Cruz Roja); a las diecinueve, recepción en la Diputación Provincial.

Jueves 21: A las nueve horas, sesión operatoria; a las once, segunda ponencia; a las catorce, almuerzo; a las dieciséis, sesión científica; a las veinte, recepción en el Ayuntamiento.

Viernes 22: A las nueve horas, sesión operatoria; a las once, tercera ponencia; a las doce, excursión a El Escorial y Valle de los Caídos.

Sábado, 23: A las nueve horas, sesión operatoria; a las diez, cuarta ponencia; a las once y media, coloquio; a las dieciséis, continúa el coloquio; a las dieciocho, sesión de clausura; a las veinte, banquete de despedida.

La Secretaría General de este Congreso ha sido instalada en el local de la Asamblea Suprema, paseo de Eduardo Dato, 16, que facilitará informaciones, programas y boletines de inscripción.

SECCION DEL AUTOMÓVIL DE PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

El activo secretario de la entidad, doctor J. L. Yagüe y Espinosa, informa del resultado de la liquidación referente a la Sección del Automóvil, que existiendo un sobrante de 9.569.894'06 pesetas, este permite reintegrar a los asociados el 30 por ciento o el 60 por ciento de las cuotas pagadas en 1958, según que hayan o no declarado accidentes en dicho año. El importe de este sobrante se deducirá de la cuota del año 1959.

La adaptación en Previsión Sanitaria Nacional, en virtud de acuerdo de la Asamblea, de la modalidad que practican otras entidades, de bonificar a los asegurados que no havan declarado accidentes durante el año, ha repercutido en la liquidación de forma francamente favorable. La comparación de los siguientes datos estadísticos permitirá darse cuenta de las consecuencias inmediatas de tal medida.

En el año 1956 no existía bonificación especial. El 58'91 por ciento de los asociados no declaró accidente alguno. En 1958, pese a que la circulación es mucho más intensa y las reparaciones más caras, se han abstenido de declarar accidente el 72'69 por ciento de los asociados. En cifras absolutas, refiriéndonos al año 1958, no han declarado accidente 5.213 asociados, habiéndolos declarado 1.959 solamente.

FIGURA DE ACTUALIDAD



EL DOCTOR FERNÁNDEZ RUIZ, A QUIEN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID ACABA DE GALARDONAR CON EL PREMIO ALVAREZ ALCALÁ.

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MEDICA LOCAL

INAUGURACIÓN DEL CURSO EN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA

La sesión fué presidida por el doctor Oliver Rubio, acompañado a su derecha del general de Sanidad don Leandro Martín Santos, jefe de Sanidad de la Región y que ostentaba la representación del capitán general; el presidente de la Diputación Provincial, doctor Zubiri Vidal, y el presidente de la Audiencia Provincial, don Félix Tejada. A la izquierda, el presidente de la Audiencia Territorial, don Ginés Parra; el doctor don Ricardo Malumbres, concejal, en representación del Excmo. Ayuntamiento; señor Gascón de Gotor, por la Real Academia de Nobles y Bellas Artes de San Luis, y el secretario perpetuo de la ilustre y docta Corporación, doctor De Gregorio y García Serrano.

Primeramente, el secretario de la entidad, doctor De Gregorio, leyó una documentada Memoria de las tareas de la Academia en el curso 1958.

A continuación, el doctor don Valentín Pérez Argilés, catedrático de Medicina Legal, expuso con todo acierto y discreción el espinoso tema «Homosexualidad».

La competencia del ilustre académico campeó a todo lo largo de su documentadísimo discurso. Tema tan arduo y espinoso, el notable maestro en psiquiatría supo tratarlo con una encomiable discreción, no exenta de valentía. Su capacidad como médico y como sociólogo quedó plenamente demostrada.

Afirmó el doctor Pérez Argilés que de nada sirve la cómoda actitud de pretender ignorar la existencia de la abundante homosexualidad, ya que el manto de hipócrita y ficticio desconocimiento del problema no va a destruir una realidad lamentable. Es preciso investigar profundamente sus causas si hemos de llegar a combatirla con verdadera eficacia.

En su trabajo trazó los primeros esbozos científicos en el estudio de la homosexualidad, aludiendo a las ideas de Bertillón, sobre aspectos olfativos, y a los estudios de Buffon acerca de los extravíos sexuales en los pájaros; los de Sainte Claide Deville en los perros, corderos y toros; los de Moll en las monas, los de Mucciolo en las palomas mensajeras, etc. Resaltó el profesor Pérez Argilés que las aberraciones de esta clase se consideran como un hecho bien difundido en toda la escala animal, tanto en los mamíferos superiores como en otros seres más inferiores.

Pasó luego el doctor Argilés a glosar aspectos jurídicos y penales, para tratar, después, del arte y de la literatura en estos desvíos del sexo.

Uno de los capítulos más plenamente logrados es el dedicado a atacar con denuedo y poderosas razones a los defensores de la



homosexualidad, algunos hombres eminentes, en los que se ha podido comprobar que estaban encadenados a este vicio o tenían ciertas afinidades muy sospechosas. Las réplicas del ilustre académico a los desdichados argumentos de los defensores de tal degeneración constituyen algo firme; algo, a la vez, pleno de ética, de moral y de dignificación humana. Tampoco eludió el delicado problema de la homosexualidad femenina.

El tratamiento ha de estar fundamentado en lo psicoanalítico, tratando de llevar al paciente hacia una sublimación espiritual, no difícil de alcanzar en los homosexuales.

A través de estas impresiones puede juzgar el lector de la singular importancia del discurso inaugural de las tareas del curso 1959 en la Real Academia de Medicina de Zaragoza.

El presidente, don Francisco Oliver Rubio, pronunció unas breves y muy elocuentes frases agradeciendo al doctor De Gregorio su labor al redactar la Memoria y dedicando al doctor Pérez Argilés elogiosas frases por lo acertadamente que había cumplido la misión a él encomendada por la Real Academia en su sesión inaugural.

INAUGURACIÓN DEL CURSO EN LA ACADEMIA DEONTOLÓGICA DE SAN COSME Y SAN DAMIÁN

La Hermandad Médico-Farmacéutica de San Cosme y San Damián celebró el domingo diversos actos con motivo de la inauguración del curso en la Academia Deontológica.

A las doce de la mañana, y en el salón de la Real Academia de Medicina, se inauguró el curso de la Academia Deontológica, presidiendo, con el Excmo. y Rvdmo. señor Arzobispo, Dr. D. Casimiro Morcillo, el presidente de la Hermandad, don Germán Sanz; el señor decano de la Facultad de Medicina, doctor Civeira; el coronel farmacéutico, doctor Villaverde, en representación del excelentísimo señor general de Sanidad; presidente del Colegio de Médicos, doctor Celma, y el doctor Malumbres, en representación de la Alcaldía.

El doctor don Mariano Horno, en funciones de secretario de la Hermandad, después de un emocionado recuerdo al doctor Conde, último presidente, recientemente fallecido, dió lectura a la memoria del curso pasado, resaltando el espíritu de adaptación de la Hermandad en proyección a nuevas orientaciones renovadoras y anunciando el proyecto de una próxima Asamblea general.

A continuación, el señor Anós Aznar, presidente nacional de la Unión Católica de Farmacéuticos y vicepresidente de la Federación Internacional de Farmacéuticos Católicos, desarrolló el tema «Unidad de la profesión».

El Excmo. y Rvdmo. señor Arzobispo hizo el resumen del acto, invitando a médicos y farmacéuticos al mayor estímulo personal y vitalización de la Hermandad, ofreciendo su apoyo para este fin, así como a meditar las diferentes cuestiones planteadas en el tema desarrollado por el señor Anós.

Con las elocuentes y paternales palabras del Excmo. y Rvdmo. señor Arzobispo, terminó el acto, dedicando una oración por el alma de los hermanos fallecidos durante el pasado curso.

NUEVA BECARIA

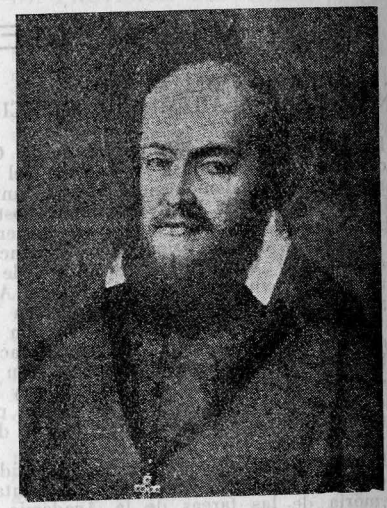
La doctora doña María de la Purificación Marcellán Mayayo, especialista en Obstetricia y Ginecología, ha sido nombrada becaria de la Asociación Española de Lucha contra el Cáncer. En el Servicio de Oncología del Hospital Provincial de Nuestra Señora de Gracia llevará a cabo una interesante labor estadística, como fundamento para plantear con eficacia esta lucha contra el cáncer.

CENTRO DE ESTUDIOS MÉDICOS ARAGONESES

El día 10, y en el salón de conferencias del Palacio Provincial, celebró la Sección de Estudios Médicos Aragoneses de la Institución «Fernando el Católico», una sesión clínica, con intervención del doctor don Alberto Celada, que trató el tema «Fisiopatología y tratamiento de la nefrosis lipoidea».

SAN FRANCISCO DE SALES Y EL PERIODISMO

El día 29 de enero se ha conmemorado la festividad de San Francisco de Sales, el Patrono de todos los que trabajan en el periodismo católico. La Iglesia ha visto en las calidades espirituales de su pluma el ideal de las que debemos copiar en nuestro trabajo diario, y que pudieran quedar resumidas en dos palabras: caridad y claridad.



Hoy, como en sus días, es necesaria claridad de principios para disipar las nieblas de confusión y proyectar esos principios claros a los mil problemas cambiantes que se complican en nuestro diario vivir. Y también caridad, porque nuestro mundo está dominado por banderías que se combaten y se odian, que sólo pueden ser superadas con ese espíritu de afecto.

La claridad exige un servicio insobornable a la justicia y a la verdad; y la caridad reclama hacerlo, aun en medio de las más duras polémicas y luchas, sin perder nunca el espíritu. El ejemplo de San Francisco de Sales es un estímulo. Y su valimiento una ayuda para poder realizar lo que, sin ella, sería un imposible.

EL COLEGIO DE ODONTÓLOGOS CELEBRA LA FESTIVIDAD DE SU PATRONA, SANTA APOLONIA

El Colegio de Odontólogos y Estomatólogos celebró con diversos actos, durante los días 8 y 9, la festividad de su Patrona, Santa Apolonia. El día 8, a las siete de la tarde tuvo lugar, en el salón del Colegio, la junta general ordinaria. Por la noche, a las diez, se celebró, en el Restaurante Savoy, la tradicional cena de hermandad, repartiéndose obsequios entre los asistentes.

El día 9, en la iglesia parroquial de Santa Cruz, hubo solemne misa cantada, rezándose a continuación un responso por el eterno descanso de los colegiados fallecidos.

A las doce y media, en los locales del Colegio, se sirvió un vino español, obsequio de los Depósitos Dentales de Zaragoza. A la misma hora, el presidente regional ofreció, en nombre de todos los colegiados de la región, un obsequio en homenaje al doctor don Cándido Antolín Lorente, colegiado de honor y jubilado más antiguo, como reconocimiento a su laboriosa y activa vida profesional.

EL DOCTOR ECHEVERRÍA EN LA ACADEMIA DE MEDICINA

El día 5 del corriente, se celebró sesión científico-literaria en la Real Academia de Medicina. Presidió el doctor don Francisco Oliver Rubio, que tenía a su derecha al doctor don Antero Noailles Pérez, y a su izquierda al secretario de la Academia, don Eduardo de Gregorio García Serrano.



Abierta la sesión, el doctor don Emiliano Echeverría Martínez disertó sobre el tema «¿Aumentan actualmente las muertes repentinas? Cómo y por qué se muere repentinamente». Comenzó diciendo que a la vez que ha evolucionado la vida, han cambiado también los modos de enfermar y de morir. Muchas enfermedades, especialmente las de tipo infeccioso, han desaparecido, dando paso a otras nuevas, motivadas por las circunstancias que condicionan la vida del hombre en los tiempos modernos. Hizo una distinción entre morir y perecer, explicando que la primera palabra designa la muerte natural, mientras que el vocablo parecer implica una muerte violenta producida por un agente agresivo y causal. En la muerte repentina, las causas pueden ser traumáticas, tóxicas, cardiovasculares y de otros tipos. En los suicidios masculinos suelen intervenir agentes traumáticos (tiros de revólver, despeñamientos), mientras que los femeninos son causados por elementos tóxicos (envenenamientos de gas, sedantes). Después de precisar como condiciones imprescindibles de la muerte repentina la rapidez y el modo inesperado de producirse, centró su trabajo en torno a las producidas alteraciones cardiovasculares. La muerte puede llegar por alteraciones sanguíneas, de los procesos vasculares y por embolias. A la insuficiencia —dijo— se puede llegar por incapacidad del corazón y por insuficiencia vascular, que puede ser aguda y crónica. En el campo del diagnóstico, no se puede precisar la causa en la muerte fulminante, pero sí en la rápida (en el término de veinticuatro horas).

Expuso también como causas de la muerte repentina el síncope y el shock. En los tiempos actuales, la agitación y actividad que exigen las ocupaciones diarias, determinan el aumento de muertes repentinas.

Fué muy aplaudido y felicitado, quedando pendiente la discusión para la sesión próxima.

* * *

Nuevamente, el día 12, se reunió la Corporación, bajo la presidencia del doctor Oliver Rubio, interviniendo los doctores Mateo Tinao, Pérez Argilés, Aznar García y Suárez Palacios, cerrando el acto el doctor Oliver y contestando el doctor Echeverría extensa y detalladamente a todos cuantos comentaron brillantemente su notable trabajo.

FIGURA DE ACTUALIDAD



El doctor don Luis del Campo Jesús, médico forense de Pamplona, que ha sido galardonado con el Premio Olave, por sus interesantes trabajos históricos sobre «Sancho el Fuerte, de Navarra».

Recientemente, ha publicado también un notable volumen sobre «La Dinastía pirenaica», del que damos cuenta en estas mismas páginas.

Nos satisfacen y enorgullecen estos merecidos triunfos de nuestro gran colaborador y amigo, a quien transmitimos nuestra felicitación más cordial.

VIDA MEDICA NACIONAL

ACUERDO DE LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA SOBRE LA PUBLICACIÓN DE NOTICIAS CONTRARIAS A LA MORAL MÉDICA

En reciente reunión del Pleno celebrada por la Real Academia Nacional de Medicina, se tomó el acuerdo de dirigirse a los Poderes públicos solicitando se establezca, de manera efectiva, la correspondiente censura, para evitar que sigan difundiéndose noticias e informaciones sensacionales en relación con todo género de actividades profesionales, atentatorias contra el buen nombre y prestigio de la colectividad médica española, con olvido de los principios deontológicos y morales más elementales y que fácilmente pueden inducir a error y confusión en el gran público, con grave perjuicio para los que sufren y precisan el auxilio del médico.

La oportunidad de esta decisión de la Academia está sobradamente justificada ante la reiterada y escandalosa difusión en toda clase de órganos publicitarios (Prensa, Radio, Televisión, etc.), de una serie de sucesos y actos en torno al ejercicio de la Medicina, que pugnan abiertamente con los principios básicos de moral profesional, reconocidos y acatados en todo el mundo y expresamente señalados en el Reglamento por que se rige la Organización Médica Española.

Aunque esta nota ha sido diversamente comentada por la Prensa diaria, estimamos justa la solicitud de evitar las informaciones sensacionalistas y la exhibición profesional descarada, a la que debe ponerse el freno moral que merecen la dignidad y el honor de los médicos.

«LOS CURSOS ANUALES DE NEUROLOGÍA PARA POSTGRADUADOS», CELEBRADOS EN LA ESCUELA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ Y SAN PABLO, DE BARCELONA, DURANTE LOS AÑOS 1956, 1957 Y 1958

En sustitución de los cursillos monográficos celebrados en años anteriores, a partir de 1956, la Escuela de Neurología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo ha desarrollado anualmente un curso de Neurología para postgraduados, de unos dos meses y medio a tres meses de duración, en los que, junto a las conferencias teóricas, se han prodigado las sesiones semiológicas junto a los enfermos, teniendo lugar también sesiones operatorias de neurocirugía y de técnicas auxiliares de diagnóstico (electroencefalografía, electrodiagnóstico).

Tales cursos han sido organizados por el doctor L. Barraquer-Bordas, secretario de la Escuela hasta junio de 1958. Los dos primeros fueron dirigidos por el profesor L Barraquer Ferré, director de la Escuela hasta su jubilación en junio de 1957, y el último por el profesor E. Castañer-Vendrell, jefe del Servicio desde diciembre de 1957.

Además de los médicos del Servicio de Neurología, tomaron parte en tales cursos los doctores E. González Monclús y J. Bea Montagut, del Instituto Mental de la Santa Cruz, ocupándose del estudio psicosomático y psiquiátrico de los pacientes neurológicos el profesor B. Rodríguez Arias, director del Instituto Neurológico Municipal; el doctor R. Sales Vázquez, jefe del Departamento de Neurología de la Clínica Médica A; el doctor C. Oliveras de la Riva, jefe del Departamento de Neuropsiquiatría de la Clínica Médica C; el doctor E. Puncernau, del Hospital de Nuestra Señora de la Esperanza; el profesor J. J. Barcia Goyanes, Decano de la Facultad de Medicina de Valencia; el profesor P. Passouant, catedrático de Medicina Experimental de la Facultad de Medicina de Montpellier; el doctor H. Hecaen, del Hospital de Santa Ana, de París; el doctor J. Barbizet, del Hospital de San Antonio, de París; el profesor E. J. Herman, catedrático académico de Neurología, de Lodz, y el doctor J. Radermecker, del Institut Bunge, de Berchem-Amberes.

Fueron los cursillistas, los doctores Candía, de Foz; Figuerido Santurtun, de Bilbao; E. Vallejo Mejía, de Bogotá; E. Varela de Seijas, hijo, de Madrid; M. M.ª Codas, de Asunción; G. Moya, de Madrid; A. Mallart, de Madrid, y M. Muntaner, de Palma de Mallorca.

La celebración de estos cursos sistemáticos de especialización, vino a ser la culminación de la fecunda labor de la Escuela durante el prolongado período en que fué regida por el profesor L. Barraquer Ferré, a quien «Clínica y Laboratorio» se honra en expresar, en tal circunstancia, el testimonio de su fervorosa admiración y cálido afecto.

GALARDÓN AL PROFESOR CORTÉS LLADÓ

Recogemos con satisfacción la noticia de que en un solemne acto celebrado en el Paraninfo de la Universidad de Sevilla, le fueron impuestos, de manos del Magnífico señor Rector, al profesor don Antonio Cortés Lladó, las insignias de la Gran Cruz de Alfonso X el Sabio.

CONFERENCIA EUROPEA SOBRE CONTROL DEL TRACOMA

En la ciudad de Dubrobnik (Yugoslavia), y en la semana del 18 al 25 de octubre, se celebró la citada conferencia convocada por la Organización Mundial de la Salud. En representación de España asistieron los doctores Mezquita e Ibáñez, Jefes Provinciales de Sanidad de Almería y Granada, respectivamente, y el doctor Mora, oftalmólogo de la campaña antitracomatosa.

EL DOCTOR SANZ IBÁÑEZ MIEMBRO DE LA ACADEMIA INTERNACIONAL DE PATOLOGÍA

La Academia Internacional de Patología, de Nueva York, ha elegido miembro al ilustre zaragozano, residente en Madrid, doctor don Julián Sanz Ibáñez, catedrático de Anatomía Patológica de aquella Facultad de Medicina y director del Instituto Español del Cáncer. El acuerdo fué tomado por unanimidad, en reconocimiento a los indiscutibles méritos profesionales del doctor Sanz Ibáñez, al que enviamos nuestra más efusiva felicitación.



COLOQUIO INTERNACIONAL SOBRE DISTROFIAS INFANTILES

Ha tenido en Oporto (Portugal) un interesante coloquio sobre las distrofias infantiles, con la participación de numerosos pediatras de Portugal, Francia, España e Italia. Nuestro país estuvo representado por el profesor Suárez, Blanco Otero, Claret Cominas y Peña.

FALLECIÓ EL DOCTOR CAMILO GONZÁLEZ

Ha fallecido en Sevilla el doctor don Camilo González, gran médico y excelente especialista de vías digestivas, padre de nuestro asiduo colaborador y excelente amigo doctor José María González Galván, a quien, con este motivo testimoniamos nuestro sentimiento.

PREMIOS DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE GRANADA

En reunión celebrada por la Real Academia de Medicina de Granada, con el fin de fallar el Concurso de Premios de 1958, se tomaron los siguientes acuerdos:

1.º Tema «Higienización de la leche», declarado desierto.

2.º Tema «Geografía médica de un pueblo de la provincia de Granada», se acordó:

a) Conceder el premio de 1.000 pesetas, de la Excma. Diputación Provincial de Granada, a la memoria presentada con el lema «Peña de los gitanos», referente a la geografía médica de Montefrío, de la que resultó autor don Enrique Montero García, de Granada, al que también se le otorga el título de académico corresponsal.

b) Premiar con accésit la memoria presentada con el lema «Alma Máter», referente a la geografía médica de La Calahorra, de la que resultó autor don Miguel Soriano Castillo, con domicilio en Alquife (Guadix), a quien se le otorga el nombramiento de académico corresponsal.

3.º En cuanto al tema «Geografía médica de un pueblo de la provincia de Málaga», declarar desierto el premio de la Excelentísima Diputación Provincial de Málaga.

La entrega de los premios, accésit y títulos de académico corresponsal, se llevará a cabo en la solemne apertura del Curso 1959, que, Dios mediante, se celebrará el último domingo del presente mes.

EL DOCTOR CASTILLO DE LUCAS RECIBE EL PREMIO INTERNACIONAL DE FOLKLORE MÉDICO

Nuestro ilustre colaborador y gran amigo, doctor Antonio Castillo de Lucas, que tan interesante y sostenida labor ha llevado a cabo en nuestra Patria para reunir y acrecentar los datos sobre folklore médico, que plasmó en su libro «Folkmedicina», ha sido recientemente galardonado con el Premio Internacional de Medicina popular, que le fué concedido en Palermo (Italia) durante la celebración del «I Congreso Internacional de Bibliografía folklórica», en homenaje a la memoria del etnólogo Giuseppe Pitre.



A él concurrieron veinticinco países, con más de cien obras.

CONGRESOS

REUNIÓN DE PRIMAVERA DE 1959 DEL «AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS» (CAPÍTULO DE BARCELONA)

El Capítulo de Barcelona, de acuerdo con los temas prefijados para todos los Capítulos españoles por la Regencia del A. C. C. P. en España, doctor Caralps, celebrará su Reunión de Primavera de 1959 en el Servicio de Broncología del doctor A. Castella, Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, el miércoles 11 de marzo de 1959, a las once de la mañana.

Se desarrollará el tema «Bronconeumopatías congénitas», actuando de moderador el doctor J. Cornudella.

Ponentes: Doctor E. Bieto: «Diagnóstico diferencial anatomopatológico»; doctor Amell Sans: «Clínica en el adulto»; doctor M. Salvat Espasa: «Clínica en la infancia».

Quedan invitados todos los compañeros interesados a participar en la discusión de estos temas. Se concederá un tiempo máximo de cinco minutos para estas intervenciones, que para efectos de publicación no deben exceder de una cuartilla escrita a doble espacio. Los que deseen tomar parte en esta mesa de discusión, deberán comunicarlo por escrito a la Secretaría de este Capítulo, Córcega, 393, Barcelona. El resumen de la misma será publicado y repartido a todos los Fellows del American College en España.

El secretario del Capítulo de Barcelona del A. C. C. P., doctor *M. González Ribas.*

SEGUNDA REUNIÓN NACIONAL ESPAÑOLA DEL «AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIAN»

Tendrá lugar en Valencia, durante el mes de junio próximo, con el programa siguiente:

Mesa de discusión: «Patología del mediastino».

1.º «Exploración del mediastino».
2.º «Síndromes agudos del mediastino».
3.º «Hemopatías y mioneuropatías de resonancia mediastínica».
4.º «Patología ganglionar del mediastino».
5.º «Patología oncológica del mediastino».

Se admiten comunicaciones libres también sobre otros temas de patología torácica.

Para informes e inscripciones, dirigirse por escrito a la Secretaría: Córcega, 393, Barcelona.—El regente, doctor *A. Caralps.*

CURSOS

SEGUNDO CURSO DE EXPLORACIÓN DE LA FUNCIÓN PULMONAR

Se celebrará en el Servicio de Aparato Respiratorio, del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, del 9 al 21 de marzo de 1959, bajo la dirección del doctor José Cornudella, jefe del Servicio, y organizado por el doctor Raimundo Cornudella, jefe del Departamento de Exploración Funcional, con la colaboración de los doctores Max Bidermann, del Hospital Saint-Antoine, de París; profesor José Abelló, de la Escuela Nacional de Tisiología, de Madrid; Puig Muset, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas; R. Anglés Besa, R. Capellá-Valls, L. Espinós, S. Frechilla, F. Margarit y F. Martí-Lleonart.

El curso tendrá un carácter eminentemente práctico, con la misión fundamental de familiarizar con la técnica e interpretación de los métodos de exploración de la función pulmonar a los postgraduados.

Las sesiones prácticas se realizarán diariamente, a partir de las nueve de la mañana, y se continuarán por la tarde. Irán precedidas de una breve introducción teóricopráctica.

Finalizado el curso, se entregará un diploma de asistencia. Los señores cursillistas podrán prolongar por tiempo indefinido su asistencia al Servicio y al Departamento en particular.

Los gastos de inscripción serán de 1.500 pesetas. El número de inscripciones es limitado.

Está prevista para el día 11 la celebración de un «panel» sobre «Neumopatías y broncopatías congénitas», organizado por el Capítulo de Barcelona del «American College of Chest Physicians».

La mañana del día 14 se destina a seminario de Neumología, bajo la dirección del doctor Max Bidermann.

Para inscripciones e información complementaria, dirigirse al doctor Raimundo Cornudella, o a la Administración del Hospital (avenida San Antonio María Claret, 167. Barcelona).

CURSO PRÁCTICO DE ALECCIONAMIENTO TOCOLÓGICO

En la Casa de Maternología Municipal de Barcelona, durante los meses de marzo a junio, ambos inclusive, de 1959, tendrá lugar este curso de Tocología para postgraduados, organizado por la Dirección, con la participación de los doctores J. Vanrell, A. Carulla, E. Condeminas, M. Garriga Roca, V. Marqués, R. Bardés, J. Pont Hernández, J. Camprobí, J. M.ª Dexeus, P. Buxó, A. Amigó, E. Fernández Pellicer q J. Esteban.

Conferencias prácticas diarias, en el auditorio de la Casa de Maternología, de once a doce de la mañana.

Asistencia a los consultorios, partos normales e intervenciones.

Los inscritos practicarán durante tres meses en régimen de externado, colaborando con los jefes de servicio y médicos de guardia, en la asistencia a partos y operaciones tocológicas.

Al terminar sus estudios recibirán el correspondiente diploma acreditativo.

Matrícula, con derecho a las prácticas, 1.000 pesetas. Número limitado a siete graduados.

Para informes, Administración de la Casa de Maternología, avenida de José Antonio, número 477. Teléfono 231252.

VII CURSO SOBRE ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

En el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Escuela Médicoquirúrgica de Patología Digestiva, que dirige el profesor T. A. Pinós Marsell.

Con carácter intensivo, y para postgraduados, este curso comenzará el día 1 de abril y terminará el 30 del mismo mes. Estará dividido en dos cursillos simultáneos:

Curso de Clínica. — Dado que los conocimientos actuales de las enfermedades abarcan tan amplios límites que es imposible resumirlos en una lección teórica, así como la facilidad de adquirir estos conocimientos en libros y revistas y el hecho de que la mejor enseñanza la proporciona el enfermo seguido de cerca, hemos creído que para los alumnos sería mucho más útil concretar el programa del curso de clínica en lecciones *exclusivamente prácticas*, discutiendo los variados temas de la especialidad delante de enfermos afectos de las distintas dolencias, y abordando de un modo práctico los problemas diagnósticos y terapéuticos que cada caso presenta.

Curso de exploraciones complementarias y técnicas terapéuticas especializadas. — Radiología del tubo digestivo, esófagoscopia, dilataciones esofágicas y forzadas del cardias, gastroscopia, sondeo gástrico, biopsia exfoliativa, sondeo duodenal, colangiografía, biopsia hepática, enplenoportografía, laparoscopia, terapéutica proctológica, coprología, proteinograma, psicosomática digestiva.

Colaborarán con el director del Servicio los doctores J. Puig-Sureda, cirujano honorario de la Escuela; E. Vidal-Colomer, subjefe del Servicio; los jefes de sala y de sección y médicos del Servicio L. Andréu Oller, J. Valls Colomer, A. Llaurado Tomás, J. M. Font Puigderraols, etc., y los profesores y médicos del Hospital doctores J. Soler Roig, A. Rocha Carlota, A. Puigvert Gorro, J. Pi Figueras, A. Raventós, etc.

Para inscribirse en el «Curso de exploraciones complementarias y técnicas terapéuticas especializadas», es indispensable estar matriculado en el «Curso de Clínica».

Para información general, programa detallado del curso, inscripción, etc., dirigirse a la Secretaría del Servicio de Patología Digestiva del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Barcelona.

VIII CURSO DE BRONCOLOGÍA Y BONCOSCOPIA

Tendrá lugar en el Servicio de Broncología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, durante los días 9 al 21 de marzo de 1959, dirigido por el doctor A. Castella Escabrós, director de dicho Servicio, con la colaboración de los doctores E. Bieto Reimann, F. Blanco Rodríguez, P. Farreras Valentí, R. Frouchtmann Roger, F. Guerra Sanz y C. Xalabarder Puig, y, con carácter extraordinario, de los doctores Max Biderman, de París, y J. M.ª Dubois de Montreynaud, de Reims. Secretario del Curso, doctor F. Coll Colomé.

Este curso irá coordinado con el II Curso de Exploración Funcional, que dirige el doctor J. Cornudella.

Los cursillistas inscritos en el VIII Curso de Broncología tendrán derecho a asistir a las clases prácticas y teóricas del Curso de Exploración Funcional.

Las prácticas broncoscópicas se harán todos los días, a las 9'30 y a las 18'30. Todos los médicos matriculados en el curso dispondrán de material para ejercitarse en el manejo del instrumental broncoscópico. Durante el curso, el doctor Dubois de Montreynaud proyectará films broncoscópicos y realizará prácticas de fotografía endobronquial. Se harán seminarios de diagnóstico bronconeumológico, presididos por el doctor Bidermann.

Queda abierta la inscripción en la Administración del Hospital y en la Secretaría del Servicio de Broncología. El precio de la matrícula es de 1.500 pesetas, imprescindible para las prácticas broncoscópicas. Al final del curso se entregará a cada cursillista el correspondiente diploma.

CURSO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA PARA POSTGRADUADOS

Este cursillo tendrá lugar en la II Cátedra de Ginecología de la Facultad de Medicina de Madrid y en el Instituto Provincial de Obstetricia y Ginecología de esta misma ciudad, bajo la dirección del profesor J. Botella Llusiá, del 1 de octubre de 1959 al 31 de mayo de mayo de 1960.

Constará de un programa completo de Ginecología y Obstetricia Clínica. Se acompañará de guardias, asistencia a las dos clínicas, sesiones operatorias, consultas y sesiones de seminario.

Además, en el seno de este curso, se darán cursillos de ampliación, cíclicos, sobre las siguientes materias:

«Endocrinología clínica de la mujer» (doctores Botella y Sopeña), «Esterilidad» (doctor Vilar), «Anatomía patológica ginecológica» (doctor Nogales), «La transfusión en ginecología y el factor Rh» (doctor Patricio de Agustín), «Citología vaginal exfoliativa» (doctores Del Sol y Montalvo), «Reanimación neonatal» (doctor López Piña). «Fisiopatología circulatoria del embarazo» (doctor Caballero Gordo), «Colposcopia» (doctor González Merlo) y «Preparación psicoprofiláctica al parto normal» (doctores Caballero y Reynoso).

Además de estos cursillos cíclicos, durante todo el desarrollo del curso se celebrarán conferencias semanales, por distintos especialistas, cuyo programa todavía no se ha ultimado.

Los cursillistas realizarán un internado con guardias en el Instituto Provincial de Obstetricia y Ginecología.

Detalles y folleto explicativo, pedidlos al doctor don Abelardo Caballero Gordo, Instituto Provincial de Obstetricia y Ginecología, calle de O'Donell, 48, Madrid.

Se admite matrícula para todo el curso o por trimestres separados.

CURSILLO SOBRE FRACTURAS

Se dará en el Servicio de Traumatología, Huesos y Articulaciones del Hospital Provincial de Madrid, bajo la dirección del profesor V. Sanchís-Olmos.

El cursillo estará constituído por las siguientes enseñanzas:

1.º Lecciones teóricas, según el programa, acompañadas de la presentación documentada de casos clínicos y seguidas de seminario, en el que los asistentes plantearán sus interrogantes al conferenciante.

2.º Trabajo práctico en el consultorio, salas y quirófano, durante todas las mañanas, desde las nueve a las dos de la tarde.

Los derechos del cursillo ascienden a 1.500 pesetas, que deberán ser ingresadas en la Administración del Hospital Provincial (Santa Isabel, 52).

Las inscripciones y correspondencia se dirigirán a la señorita María Luisa Varela, Sala 4.ª del Hospital Provincial.

A los médicos que realicen el cursillo se les extenderá el correspondiente diploma.

VÁLVULA DE PLÁSTICO PARA EL CORAZÓN

Una firma británica está produciendo una válvula de plástico para el corazón humano. Aunque puede que no sea esta la solución definitiva para las enfermedades cardíacas producidas por lesiones valvulares, ha sido acogida como un gran adelanto en el uso de los plásticos en Medicina. Durante el año pasado ha sido muy elevado el número de enfermos graves que han obtenido gran alivio por este procedimiento. La válvula se asemeja a un acoplamiento ordinario de tuberías y está hecha de plástico transparente. El movimiento de válvula en un solo sentido se consigue por medio de una esfera, hueca, también de plástico. Esta bolita bloquea una abertura cuando la sangre trata de pasar en una dirección, pero le permite circular libremente en sentido contrario. Utilizando una técnica quirúrgica especial, puede colocarse ahora en la aorta esa válvula de plástico. Durante la intervención la aorta es seccionada, y los extremos abiertos de la válvula se ajustan a los extremos de la arteria por medio de unos anillos dentados de nylón. El interior de la esfera de plástico está chapado en oro o plata, para que pueda observarse en las radiografías de corazón.

SOCIEDAD INTERNACIONAL DE MEDICINA INTERNA

El VI Congreso Internacional de Medicina interna se celebrará en Bâle (Suiza), durante los días 24 al 27 de agosto de 1960. El congreso será organizado en colaboración con la Sociedad suiza de Medicina interna.

Para información y datos, dirigirse a la Secretaría del VI Congreso Internacional de Medicina interna, Steinertorstr, 13. Basilea.

EL IV PREMIO «ACQUI TERME» DE REUMATOLOGÍA

Ante la demanda de numerosos concursantes, el Sindicato de Iniciativa de la ciudad de Acqui Terme, que había convocado el premio de millón y medio de liras (premio «Acqui Terme»), bajo los auspicios de la Sociedad Italiana de Reumatología, ha acordado prorrogar irrevocablemente el plazó hábil para la presentación de trabajos hasta el día 31 de mayo del año actual.

Para detalles, dirigirse a: Azienda Autonoma di Cura d'Acqui Terme. Piamonte (Italia).

PRÓXIMAS REUNIONES Y CONGRESOS PARA EL MES DE MARZO

Damos a continuación una relación sobre cursos y reuniones que han de celebrarse durante el próximo mes de marzo.

2-25. Curso de perfeccionamiento médico en Balneología - Climatología. Giessen (Alemania).

8-21. VII Cursillo Internacional de Medicina práctica. Badgastein (Austria).

9-21. VII Cursillo Internacional de Medicina práctica. Davos (Suiza).

12-14. Congreso Alemán del Cáncer. Berlín (Alemania).

15-20. V Congreso Venezolano de Cirugía. Caracas (Venezuela).

23-25. IV Jornadas Internacionales de Flebología. Aix/Marseille. (Francia).

NECROLOGÍA

El doctor *Isidor Clinton Rubin*, profesor de Clínica Ginecológica de la «Columbia University» y perteneciente al Colegio de Medicina de la Universidad de Nueva York, falleció recientemente en Londres de manera súbita e imprevista.

Nacido en Viena, pasó a Norteamérica en el año 1910 al servicio ginecológico del Hospital Israelita, que más tarde dirigió hasta su jubilación en 1945. Su obra científica ha sido importante; escribió un Tratado de Ginecología, en tres volúmenes, en colaboración con Novak. A él se deben importantes estudios sobre el *cáncer preinvasor* del cuello uterino, descubrimientos como el de la histerosalpingografía, en 1914; la insuflación úterotubárica, en 1919, y los primeros trabajos cuyo nombre creó. Su desaparición, en plena madurez, constituye una gran pérdida para la Ginecología mundial.

SOCIEDAD MEXICANA DE DERMATOLOGÍA

Esta Sociedad Mexicana de Dermatología se complace en informar que su nueva Mesa Directiva para el bienio 1958-1960 ha quedado constituída de la manera siguiente:

Presidente, doctora Concepción Estrada; secretario perpetuo, doctor Fernando Latapí; secretario bienal, doctor Manuel Malacara; tesorero, doctora Josefa Novales.

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MEDICA LOCAL

REAL ACADEMIA DE MEDICINA

El día 26 del pasado celebró sesión científicoliteraria la Real Academia de Medicina, bajo la presidencia del doctor Oliver Rubio. En primer lugar, usó de la palabra el doctor Vicente Carceller, para exponer una interesante acotación de orden deontológico, relacionada con la ponencia desarrollada en sesiones anteriores.

Seguidamente, el doctor don Eduardo de Gregorio dió lectura a unos «Apuntes para la historia de la Real Academia de Medicina del distrito de Zaragoza», en los que presentó un estudio detallado de las vicisitudes por las que ha pasado la docta Corporación, creada en 1831 por real orden de Fernando VII. Inicialmente se componía de dieciséis miembros, extendiéndose por todo el reino de Aragón. En 1866 y en 1945 fueron reformados los estatutos. Aumentó la cifra de académicos y se crearon diversas clases, figurando, además de los de número, los natos, catedráticos de la Facultad de Medicina y corresponsales. Posteriormente se crearon los de honor. El objeto y fin de la Academia —añadió el doctor De Gregorio— ha sido siempre el cultivo y mejoramiento de la ciencia médica, y en la actualidad tiene un carácter más científico. Por ella han pasado figuras ilustres de la Medicina española, y a pesar de la escasa ayuda económica estatal, cuenta con locales propios perfectamente acondicionados, en los que se celebran las sesiones extraordinarias y las científicoliterarias.

El disertante fué felicitado por el presidente, que concedió la palabra al doctor don Antonio Pueyo García.



Con el tema «Vacunación antipoliomielítica», cerró el doctor Puevo la sesión. Expuso a grandes rasgos la historia de la aparición y desarrollo de esta enfermedad en los países escandinavos y en Estados Unidos, y la calificó de problema mundial, acentuado por los pocos datos que aun se poseen para combatirla. En España —dijo— no es un problema grave; pero en los últimos años el número de casos ha aumentado considerablemente. Terminó su ponencia con un detallado examen de los diversos tipos de vacunas ensayadas para combatir esta enfermedad. En la discusión intervinieron los doctores Noailles y Malumbres. El doctor Pueyo fué felicitado, al finalizar su intervención, por el presidente y por los académicos.

EL DR. RAICHS, EN EL ATENEO

El día 28, y en el salón de actos del Centro Mercantil, pronunció una notable conferencia el doctor don Antonio Ramón Raichs Solé, jefe de los Servicios de Hematología y Hemoterapia de la Residencia «José Antonio», del Seguro Obligatorio de Enfermedad, sobre «La leucemia. Fantasías y realidad en torno a un nombre», siendo muy aplaudido y felicitado.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

El miércoles día 25 de febrero celebró sesión la Sociedad Ginecológica, bajo la presidencia del doctor Ricardo Horno, ocupando la tribuna el doctor don Antonio Ramón Vinós, que desarrolló el tema «Hemorragias fatales en el parto por afibrinogenemia. fibrinolisis y anticoagulantes en la sangre». Presentó tres casos de afibrinogenemia; en el primero se trataba de una apoplejía úteroplacentaria; en el segundo, de muerte de feto y retención dentro del útero durante tres meses, y en el tercero, de fibrinolisis por toxemia gravídica y feto muerto. Recomienda el estudio sistemático de la coagulación de la sangre en tubo de cristal, en todas las parturientes. Como tratamiento, la amniotomía para desencadenar el parto; la transfusión de sangre y plasma, para aportar las proteínas de la coagulación, y la administración de fibrinógeno en cantidad de 2 a 6 gramos, para dominar la hemorragia. Opina que la histerectomía es peligrosa e innecesaria. Estudia los anticoagulantes del tipo de la heparina y los que impiden la formación de tromboplastina, que interpreta como respuesta inmunológica por incompatibilidad de sangre entre madre e hijo.

Intervino en la sesión el doctor Ramón Delgado, para felicitar al conferenciante y aportar su experiencia personal en este problema. Incluye las disproteinemias como patogenia de algunas hemorragias, y comunica los favorables resultados que consigue con la administración de plasma y adrenocromo en to-

dos sus partos prolongados, encontrando que sangran menos.

Cerró el acto el presidente, doctor Ricardo Horno, felicitando al conferenciante por su brillante disertación.

DISTINCIÓN AL DR. DE GREGORIO

El Jurado encargado de los trabajos presentados al premio de la Sociedad Española de Higiene ha acordado por unanimidad concederlo a un trabajo presentado por el doctor don Eduardo de Gregorio García-Serrano, bajo el lema «Moral, Justicia y Sanidad», cuyo título es «Evolución de nuestro concepto sobre la profilaxis de la infección sifilítica».

Felicitamos muy cordialmente a nuestro buen amigo, gran colaborador, relevante figura zaragozana de la Medicina y secretario de la Real Academia de Medicina de este distrito, por tan brillante y merecido triunfo.

EL DR. LOZANO BORROY, EN LA INSTITUCIÓN «FERNANDO EL CATÓLICO»

El día 26 del pasado, y en el salón de sesiones del Palacio Provincial, disertó el doctor don Adolfo Lozano Borroy, sobre el tema «Problemas actuales de la clase médica española», conferencia brillante y de gran interés para los médicos, que premiaron con grandes ovaciones al batallador y entusiasta compañero, residente en Barcelona. Por la noche le fué ofrecido un banquete en el Hotel Universo, como acto de despedida y reconocimiento a su labor.

CONFERENCIA DEL DR. FARO, EN EL HOSPITAL MILITAR

Recientemente, el teniente coronel y secretario general del Ilustre Colegio Oficial de Médicos, doctor don Jesús Faro Moreno, dió una notable conferencia acerca del tema «Presentación de un caso de carcinoma pulmonar». Presidió el general de Sanidad Militar excelentísimo señor don Leandro Martín Santos, con la Junta del Seminario del Hospital Militar.

EL DOCTOR MUÑOZ GASCÓN, NUEVO JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DE URGENCIA Y TRAUMATOLOGÍA DE LA BENEFICENCIA PROVINCIAL

Después de haber realizado brillantes oposiciones, ha sido nombrado jefe clínico del Servicio de Cirugía de Urgencia y Traumatología de la Beneficencia Provincial, el doctor don Tomás Muñoz Gascón.

El doctor Muñoz Gascón, que obtuvo el doctorado con la máxima calificación en la Universidad Central, tiene un magnífico expediente universitario y premio extraordinario de fin de carrera. Alumno interno, por oposición, de Anatomía Patológica y de Patología Quirúrgica, es también profesor ayudante de esta última especialidad en la Facultad de Medicina de Zaragoza, habiéndolo sido igualmente en la Facultad de Medicina de Barcelona, en la cátedra del profesor Piulachs, donde completó su formación quirúrgica.

Ha sido también médico asistente del Servicio de Urgencia del Hospital Clínico de Barcelona y, a partir del año 1944, ha ocupado los siguientes cargos: médico de guardia por oposición del Hospital Clínico; en 1946, jefe del equipo quirúrgico del Hospital Militar; en 1947 obtuvo por oposición la plaza de profesor adjunto de Medicina Quirúrgica; en 1950 fué nombrado médico de la Beneficencia Municipal, con destino a la Casa de Socorro, y un año más tarde, médico, por oposición, de la Beneficencia Provincial; asimismo, y tras brillante oposición, fué nombrado, en 1956, jefe de clínica de cirugía de la Residencia «José Antonio». Ha actuado como secretario adjunto en tres congresos de Cirugía, uno de ellos de carácter internacional, e intervino como ponente en un congreso de la última especialidad mencionada.

Finalmente, hay que añadir que el doctor Muñoz Gascón es autor de numerosos trabajos, habiendo sido premiados tres de aquéllos, uno con el primer premio, por la Institución «Fernando el Católico», de la Diputación Provincial.

Con este motivo, felicitamos al distinguido compañero.

EL DR. CELADA, EN LA INSTITUCIÓN «FERNANDO EL CATÓLICO»

También en el salón de conferencias del Palacio Provincial celebró la Sección de Estudios Médicos Aragoneses, de la Institución «Fernando el Católico», su anunciada sesión clínica, con la intervención del doctor don Alberto Celada, que desarrolló su comunicación: «La fisiopatología y tratamiento de la nefrosis lipoidea».

Al finalizar su disertación, el doctor Celada fué muy aplaudido por el selecto público, que escuchó con atención su conferencia.

Soporta con paciencia los defectos de los demás, si quieres que te soporten a ti.

No consideres como amigo al que siempre te alaba y no tiene valor para hacerte conocer tus defectos.

Sé severo contigo mismo y benévolo en juzgar a los demás.

NECROLOGÍA

Víctima de dolorosas secuelas causadas por heridas recibidas durante nuestra guerra de liberación nacional, ha fallecido en plena juventud el licenciado en Ciencias químicas don Angel Mateo Tinao, hijo de nuestro respetado compañero don Angel Mateo Gil y hermano del profesor de Farmacología de esta Facultad de Medicina, y querido amigo, don Mariano, y también hermano político de don Manuel Roncalés. De todo corazón nos asociamos a su dolor en estos momentos.

VIDA MEDICA NACIONAL

INAUGURACIÓN DEL CURSO EN LA ASOCIACIÓN DE MÉDICOS ESCRITORES

Presidida por el Director General de Sanidad, doctor García Orcoyen, y con asistencia de las autoridades y de gran número de médicos, se celebró en Madrid la sesión inaugural de la Asociación de Médicos escritores y artistas.

En ella, el doctor Roda Soriano, de Valencia, pronunció el discurso de apertura, glosando la figura y características de Arnaldo de Vilanova, contestándole el doctor Blanco Soler, que puso unas elocuentes apostillas al magnífico trabajo del doctor Roda.

A continuación, el doctor García Orcoyen procedió a la entrega de los Premios Blanco Soler del pasado curso, que han correspondido a los doctores Félix Salgado, de León, y Juan Enrique Anselmo, de Badajoz.

Seguidamente, se rindió un cordial y merecido homenaje al secretario de la Corporación, doctor don Juan Fernán Pérez, que cumplía las bodas de oro de su actividad periodística. El doctor Blanco Soler exaltó su labor y su obra fecunda en la Prensa profesional, y el Director General de Sanidad, en medio de grandes aplausos, le impuso la Medalla de Oro de la Asociación y la de la Asamblea Suprema de la Cruz Roja Española, que también le ha sido otorgada. El doctor Fernán Pérez, muy emocionado, dió las gracias por el homenaje recibido, y el doctor García Orcoyen puso fin al acto con un brillante resumen exaltando a los médicos que, además de su profesión, rinden tributo a la Literatura y a las Artes. Por la noche, se celebró un banquete en honor de los médicos galardonados, que se vió muy concurrido y en el que se pronunciaron elocuentes discursos.



DISTINCIÓN A LOS DOCTORES GARCÍA ORCOYEN Y CORRAL GARCÍA

El Ministro del Aire, teniente general Rodríguez y Díaz de Lecea, ha impuesto la Gran Cruz del Mérito Aeronáuticos a los doctores don Jesús García Orcoyen, Director General de Sanidad y decano de la Facultad de Medicina de Madrid, y a don José María del Corral García, catedrático de Fisiología de la misma facultad.

Tan importante condecoración les ha sido concedida por su gran entusiasmo en los problemas relacionados con la Medicina Aeronáutica y la fisiología del vuelo, así como por la colaboración prestada en estos estudios.

El acto de imposición fué precedido de unas palabras del director de los Servicios de Sanidad del Ejército del Aire, general Jiménez Ontiveros, y a continuación el Ministro del Aire destacó la labor científica de las dos personalidades. Finalmente, el doctor García Orcoyen dió las gracias en nombre propio y de don José María del Corral.

LA MEDALLA PASTEUR, AL DR. BOSCH MARÍN

Por el profesor Viborel, experto de la O. M. S. y de las Naciones Unidas, y secretario general de la Unión Internacional de Educación Sanitaria de la Población,, le fué impuesta al doctor Bosch Marín, jefe de los Servicios Centrales de Sanidad Infantil y Maternal, la medalla de plata del Instituto Pasteur, de París, en reconocimiento a su fecunda labor en la organización y lucha contra la mortalidad infantil.

EL DR. GONZÁLEZ BUENO, CONSEJERO NACIONAL DE SANIDAD

Ha sido nombrado consejero nacional de Sanidad el ilustre cirujano doctor González Bueno, profesor jefe del Servicio de Cirugía de Aparato Digestivo del Hospital Provincial de Madrid.

SOBRE EL SENSACIONALISMO MÉDICO. INFORME DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Por acuerdo del Pleno de la Real Academia Nacional de Medicina, se envió recientemente a la Superioridad el informe adjunto:

«La Real Academia de Medicina, en sesión de Pleno, celebrada el día 17 de febrero de 1959, acordó elevar la siguiente propuesta en relación con las noticias médicas que se difunden en la Prensa no médica.

1.º El primer punto se refiere a la aparición, en la Prensa, de noticias referentes a medicamentos, curaciones, etc. Ante todo, es necesario reconocer que, dadas las condiciones de la sociedad presente, la necesidad de la difusión de los avances de la Medicina o de la organización de ciertas campañas, con objeto de conseguir una mayor eficacia en la profilaxis de ciertas enfermedades y en la difusión de los puntos de vista actuales sobre higiene, etc., la colaboración de

la Prensa, Radio y Televisión en todos los aspectos, es no sólo deseable, sino inexcusable. Incluso sería conveniente que la Academia hiciese constar, como tal corporación médica, su gratitud a la Prensa por esta colaboración.

Sin embargo, dentro de toda esta trama de noticias se deslizan de vez en cuando otras sin fundamento, presentadas sensacionalmente, que causan evidente perjuicio a los enfermos y perturban innecesariamente a sus familias. En estas noticias se alude a medicamentos nuevos, drogas maravillosas, etc., no controlados en su acción por ningún cuerpo ni órgano científico médico español ni extranjero. La presentación sensacionalista de las noticias alimentan indebidas esperanzas en los enfermos e inducen a las familias a hacer muchas veces, a espaldas de los propios médicos tratantes, esfuerzos económicos y no económicos para conseguir tales medicamentos.

La Academia no se declara partidaria de un sistema de censura previa, sino que más bien desearía que, directamente por el Ministerio de Información, o si se quiere, mejor, a través de las mismas Asociaciones de Prensa, se llamara la atención sobre el problema y se apelara al sentido de responsabilidad profesional de los directores de los periódicos, para que ellos mismos fijaran su atención sobre el tema, con la seguridad de que cooperarían a la solución del mismo.

2.º El otro punto, más importante y delicado, a tratar es el referente al carácter lícito o ilícito de la propaganda que de su propia persona o de su actuación pueda hacer un profesional médico. En general, este problema se halla regulado por la Deontología Médica y pertenece, o debe pertenecer, en principio, a los Colegios Médicos. La Academia hace constar, sin embargo, que la propia complicación de la vida moderna, los medios de propaganda y de difusión, la propia avidez de noticias sensacionales por parte del público, etc., hacen que muchas veces también en este punto se rebasen las normas de la Deontología profesional. Por eso, en la mayoría de los países se ha creído conveniente que tales normas queden claramente especificadas en algunas regulaciones que obliguen a todos los profesionales médicos. No hay que olvidar que tales propagandas y noticias, más que beneficiar, atentan al prestigio general de las corporaciones médicas, y ejercen un efecto deletéreo sobre las nuevas generaciones de médicos y sobre los estudiantes, que reciben una incitación a no seguir el buen camino en la consecución de su propio prestigio profesional. Por ello, sería conveniente que también en España se estableciese una regulación sobre este punto. Tal regulación debería dictarla el Ministerio de la Gobernación a través de la Dirección General de Sanidad. Como se trata de normas que hay que establecer muy cuidadosamente, sería necesario un largo estudio previo por una comisión muy competente. Toda esta tarea corresponde de un modo más específico a los Colegios Médicos y a su organismo central, el Consejo de Colegios; pero la Academia puede ofrecer su colaboración en el intento de solución de este problema.

NUEVA JUNTA DE LA SOCIEDAD DE HIDROLOGÍA MÉDICA

Ha sido designada la siguiente Junta Directiva de la Sociedad Española de Hidrología Médica: Presidente, doctor J. García Ayuso; vicepresidentes, señores Conde Gargollo y J. Albasanz; secretario, doctor Moreno González; vicesecretario, doctor Hernández Infantes; tesorero, doctor Galán Díaz; secretarios de actas, doctores Puerta Chevarri y Rey Cebrián, y vocales, doctores Oliveros, López Herce, Esteban Múgica y Aparicio Domínguez.

LOS PREMIOS BLANCO SOLER

Como en años anteriores, la Asociación de Médicos Escritores y Artistas convoca concurso para otorgar los premios Blanco Soler para trabajos sobre Arte, Historia, Filosofía y Literatura en relación con la Medicina, consistentes en un primer premio de 5.000 pesetas y medalla de oro, un segundo premio de 2.500 pesetas y medalla de plata, y las menciones honoríficas que acuerde el Jurado, con medalla de bronce. Todos los autores premiados recibirán el diploma de miembro de número de la Asociación. Las condiciones detalladas de este concurso deben ser solicitadas del secretario general, doctor don Juan Fernán Pérez, Fuencarral, 113, Madrid.

COLOQUIO SOBRE LA LOCURA

Durante varios días se proyectó en la sala del Club Urbis una extraordinaria película titulada «Imágenes de la locura», realizada por Enrico Fulchignoni, sobre la exposición de arte psicopático celebrada en el hospital de Santa Ana, de París, con ocasión del I Congreso Mundial de Psiquiatría. La última proyección fué seguida de un animado coloquio sobre la locura, la angustia, el arte abstracto y una serie de temas actuales encadenados con ellos, en el que intervinieron, sin llegar a un acuerdo, ilustres doctores como López Ibor, Vallejo Nájera, Escudero Valverde, Sarró y Obiols, el novelista Cela, el pintor Martínez Almeida, el crítico Camón Aznar y otras personalidades.

NECROLOGÍA

EL DOCTOR DON JENARO MAÑERU

En San Sebastián ha fallecido, víctima de un cáncer laríngeo, el que fué nuestro colaborador y amigo de muchos años, don Jenaro Mañeru Bago.

De su vida se recordará siempre su capacidad clínica como dermosifiliógrafo, su simpatía y su bondad. En las páginas de las primeras épocas de esta revista quedan pruebas indelebles de su laboriosidad; en nuestro corazón, el recuerdo afectuoso de sus dotes personales y de su amistad bien patente.

DE PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

LA LIQUIDACIÓN DE LA SECCIÓN DE VIDA EN 1958

La noticia grata, en primer término. La liquidación de la Sección de Vida de nuestra Mutualidad, en el ejercicio económico que acaba de terminar, ha sido francamente favorable. Todos sus grupos han obtenido superávit. Incluso el I, con sus dos modalidades de subsidios: los percibidos directamente en vida por mutualistas que cumplieron 70 años, y los abonados a familiares de asociados fallecidos antes de dicha edad. De los primeros se han efectuado doscientos diecinueve subsidios, y de los segundos, doscientos uno; en evidente prueba de aumento de la longevidad entre los sanitarios. Esto demuestra que el cálculo para el abono en vida de este grupo estaba bien efectuado y permite continuar. El superávit de este año ha servido para enjugar déficits anteriores, producidos por la implantación de tal mejora y el crecido número de asociados que se beneficiaron de ella.

Nueva recapacitación sobre el abono del II Grupo en vida del asociado.—Parecía que el superávit logrado, de 2.000.000 de pesetas, lo permitiría; pero esto representaría un mínimo de pérdida de 80.000 pesetas anuales de intereses, equivalentes a ocho subsidios. Y el fondo de reserva necesita todavía acrecentarse con aquéllos.

En el grupo III se observa aumento de los subsidios por valor de 90.000 pesetas. Lo motiva el fallecimiento de seis asociados más que en el año precedente. Este grupo constituía el primero de los voluntarios de la Sección. El envejecimiento de sus componentes es manifiesto, aumentando la edad media por asociado y, con ello, el riesgo de fallecimiento, si no se compensaba adecuadamente con las edades jóvenes de nuevos ingresos y solicitantes. Este ha sido uno de los motivos, desde luego el mínimo, para establecer la obligatoriedad de pertenencia a dicho grupo de los nuevos colegiados mayores de 30 años. Unido a la escasez que representa en los momentos actuales la cantidad de 15.000 pesetas, que era el límite máximo del subsidio obligatorio de fallecimiento, invariable desde la fundación de la Mutualidad, hace veintinueve años.

En los grupos altos, del X al XIX, sólo se ha producido un fallecimiento, y por causa traumática: un accidente desgraciado de automóvil.

Los excedentes pasan a engrosar los fondos de reserva de los grupos respectivos, acumulándose a los intereses producidos e incrementando aquéllos. Pero las reservas de los grupos de reciente creación son aún escasas; precisa su incrementación, como se va consiguiendo.

El tanto por ciento de la mortalidad ha decrecido en relación con el año anterior, que había aumentado sin causas apreciables y sólo las lógicas. Con las actuales cifras bajas generales, resulta muy difícil hacerlas disminuir aun más, por la ley fatal de la muerte, que tiene que cumplirse de modo inexorable, y las oscilaciones en las curvas demográficas suelen ser frecuentes.

La liquidación, que no cabe confundir con la memoria de la Sección, no permite conocer el aumento en el año del número de inscripciones en los diversos grupos, que sería de desear fuesen numerosas en los elevados. Pero el beneficio no se observa tan inmediato como en otras secciones de la Mutualidad, cual acontece con la del Automóvil, que todos los años, y con motivo de su liquidación, origina vivísimos comentarios entre sus afiliados; de ello podemos dar fe con motivo de la reciente inauguración del nuevo edificio social murciano, entre cuyos corrillos de concurrentes circulábamos desapercibidos.

Dr. J. Luis Yagüe y Espinosa

INSTITUTO BARRAQUER

Se pone en conocimiento de todos los médicos que deseen ampliar sus conocimientos en Oftalmología, que queda abierto un concurso de méritos para cubrir cuatro plazas de becario interno de este Instituto.

La solicitud y demás documentos pueden remitirse a esta entidad científica, hasta el 30 de septiembre de 1959, en que quedará cerrado el plazo de admisión.

Para optar a dichas plazas deberán reunirse las condiciones mínimas exigidas por las normas de este Instituto y que son: poseer el título de licenciado en Medicina y Cirugía, o su equivalente extranjero; llevar un año de práctica en la especialidad, en una clínica o centro de solvencia científica; ser propuesto por dos oftalmólogos de reconocido prestigio. Los concursantes deberán presentar cuantos méritos posean, considerándose como un mérito especial haber sido alumno externo de este Instituto.

REAL ACADEMIA DE VALLADOLID

La Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid abre un concurso público entre todos los médicos de España, sobre las siguientes bases:

El tema será: «Clínica de las infecciones neonatales comunes y específicas, profilaxis y tratamiento».

Los premios consistirán: el primero, en 2.000 pesetas en metálico y el título de académico corresponsal de esta Academia, y el segundo, en el título de académico corresponsal.

Ningún trabajo constará de más de sesenta cuartillas escritas a máquina a doble espacio.

Las memorias se presentarán en la Secretaría de esta Academia (López Gómez, 13, segundo), antes del día 30 de noviembre del corriente año, en sobre cerrado y lacrado, sin firma ni rúbrica, pero con un lema, el que figurará también en otro sobre cerrado, dentro del cual constarán el nombre y apellidos del autor de la memoria.

Los nombres de los autores serán conocidos en la sesión inaugural del próximo curso.

Los trabajos presentados quedarán propiedad de esta Real Academia.

El secretario general, doctor Faustino Zapatero Ballesteros. — V.º B.º, el Presidente, doctor Blas Sierra Rodríguez.

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE GRANADA

Sesión de apertura de curso.—El día 15 de febrero se celebró la solemne apertura del curso 1959, por la Real Academia de Medicina de Granada. Coincidió con la inauguración del nuevo local destinado a salón de actos de la Corporación, que fué bendecido por el vicario, doctor don Paulino Cobos. A continuación se constituyó la Academia en sesión, ocupando la presidencia don Miguel Guirao Gea, a quien acompañaban las autoridades académicas y civiles.

Abierta la sesión, el Vicesecretario dió lectura a la memoria de Secretaría, redactada por el doctor Torres López, relatando la labor desarrollada por la Corporación en el pasado curso.

Seguidamente ocupó la tribuna el doctor González de Vega, quien habló sobre «Algunos problemas actuales en la patología torácica». Dice que los grandes progresos de la Medicina contemporánea tienen en muchas ocasiones una contrapartida o aspecto negativo, que ensombrecen nuestras ilusiones, En lo que se refiere a la tuberculosis, se ha conseguido una gran disminución de la mortalidad, pero hay numerosos enfermos que no se curan y siguen siendo contagiosos, con el consiguiente peligro para los demás. Expone las medidas que se pueden tomar para que esto no suceda.

Las bronquitis crónicas y los enfisemas pulmonares están aumentando en su frecuencia, en proporciones alarmantes, y ello es en una gran parte consecuencia de las terapéuticas actuales, con las que se consigue curar los procesos respiratorios agudos, pero dejando como secuela alteraciones anatomofisiológicas broncopulmonares que pueden llevar al individuo a la invalidez parcial o total. Cita el hecho de que en Francia el diez por ciento de las pensiones por invalidez lo son a consecuencia de bronquitis crónica.

En cuanto al cáncer broncopulmonar, está aumentando en la misma proporción en que la tuberculosis disminuye, y piensa si, como algunos autores creen, no habrá una estrecha relación entre estos dos hechos. Hace referencia a las estadísticas inglesas de mortalidad por tuberculosis y por cáncer pulmonares en los últimos diez años, y a las investigaciones clínicas y anatómicas de diversos autores, que demuestran que en muchas ocasiones el cáncer broncopulmonar se origina en el mismo lugar en que existían antiguas cicatrices de lesiones tuberculosas curadas.

«Baste lo expuesto —añade— para que nos demos cuenta de que la empresa en que nos hallamos empeñados los médicos no es lo sencilla que pudiera parecer a la gente profana en Medicina. Los prodigiosos adelantos actuales de la técnica han hecho concebir a muchos unas desmedidas ilusiones despecto a lo que el hombre puede conseguir en el orden físico, que ellos hacen extensiva al biológico y al espiritual, sin pararse a pensar que una cosa es la materia inánime, otra muy distinta los seres vivos y otra aun muy superior el hombre. No olvidemos que, aunque algunos hechos puedan dar la apariciencia de que ha bajado la estimación general por el médico, éste sigue ocupando un puesto clave en la sociedad, en el que se nos podrán mermar los derechos, pero no por ello es lícito rehuir nuestros sagrados deberes, pues, a fin de cuentas, el cumplimiento de ellos es la única auténtica satisfacción que hemos de encontrar.»

Seguidamente, por el presidente, don Miguel Guirao, se hizo entrega del premio de la Diputación de Granada y título de académico corresponsal, a don Enrique Montero García, autor de la memoria sobre «Geografía médica de Montefrío», y a don Miguel Soriano Castillo, el título de académico corresponsal, cuya memoria sobre «Geografía médica de La Calahorra» fué galardonada con accésit.

Por último, usó de la palabra don Miguel Guirao, expresando su satisfacción por el salón de actos que inauguraba la Academia, haciendo patente su agradecimiento a cuantos habían prestado su colaboración para tal fin.

CONGRESOS

IV REUNIÓN LUSOESPAÑOLA DE ENDOCRINOLOGÍA

Esta reunión se celebrará en Coimbra, durante los días 11, 12 y 13 de mayo próximo.

Se estudiarán dos ponencias: la portuguesa, titulada «Reviâo da citologia hipofisaria», de la que es autor el profesor Armando Tavares de Sousa; y la española, «Discorticalismos», cuyo ponente es el profesor A. Fernández Cruz, de Barcelona, con la colaboración de los doctores L. Daufí, J. R. Alloza y Ch. de Nogales, de Barcelona, y Blanco Soler y Ros, Isaac Madrigal Alba, Alberto Salgado y José de la Hoz, de Madrid.

Además se celebrará un coloquio sobre «Terapéutica del hipertiroidismo» (que presidirá en la parte española el profesor José León Castro, de Sevilla), dividido en cuatro apartados: «Iodo radiactivo», «Tioderivados», «Cirugía» y «Otras medicaciones». En él podrán tomar parte todos los asistentes previamente inscritos.

La cuota de inscripción es de 200 pesetas, para los socios de ambas sociedades; la misma cantidad, para cada familiar; para los no socios, es de 400 pesetas, y la misma cantidad, para cada agregado.

Los títulos de las comunicaciones han de obrar en poder de la Secretaría española antes del día 10 de abril.

Para inscripciones y detalles, dirigirse, en Portugal, al secretario, doctor don Luis da Silveira Botelho, Rúa Castilho, 2, 1.º, Lisboa, y en España, al secretario de la Sociedad, doctor don César Pérez Vitoria, plaza de Gala Placidia, 11, 1.º, Barcelona.

Es agencia oficial de viajes en Portugal: Agencia Atlántida de Viajes, y en España, Viajes Baixas, Vía Layetana, 133, Barcelona, y avenida de José Antonio, 55-57, Madrid.

CURSOS

XX CURSO MONOGRÁFICO SOBRE CISTOPATÍAS

El presente curso, que tendrá lugar durante los días 20 al 25 de abril de 1959, será desarrollado en el Instituto de Urología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Pabellón de la Asunción, por los médicos del Instituto, con la colaboración de los profesores doctores E de la Peña, de Madrid; F. Romero Aguirre, de Zaragoza, y J. Macías Godoy, de Granada.

Lección 1.ª: «La uréterocistorrafia con relación al estado vesical» (Dr. Puigvert).

Lección 2.ª: «Tratamiento quirúrgico de la incontinencia de orina en la mujer» (doctor Moya).

Lección 3.ª: «¿Cistectomía parcial o total?» (Dr. Puigvert).

Lección 4.ª: «Pre y postoperatorio en las enterocistoplastias» (Dr. Olivé).

Lección 5.ª: «Estasis vesical e infección renal» (Dr. Del Río).

Lección 6.ª: «Cistopatías ginecológicas» (Dr. Puigvert).

Las conferencias magistrales de los profesores doctores E. de la Peña, F. Romero Aguirre y J. Macíos Godoy, sobre temas del cursillo, se anunciarán oportunamente durante el mismo.

Cinco lecciones sobre Endoscopia

Lección 1.ª: «Resultados lejanos del tratamiento endoscópico de los tumores vesicales» (Dr. Ponce de León).

Lección 2.ª: «Anatomía patológica de los tumores vesicales» (Dr. Elizalde).

Lección 3.ª: «Valoración clínica y resultados postoperatorios del tratamiento endoscópico en las lesiones del cuello vesical» (doctor Cols).

Lección 4.ª: «Lesión vesical neoplásica. Diagnóstico diferencial» (Dr. Ponce de León).

Lección 5.ª: «Recuperación cistoscópica de las génitopatías neoplásicas» (Dr. Puigvert).

Estas lecciones, de treinta minutos de duración, serán complementadas con prácticas de examen endoscópico y maniobras operatorias, bajo la dirección del doctor I. Ponce de León, jefe del Departamento de Endoscopia.

Cinco lecciones sobre Urografía

Lección 1.ª: «Técnicas de exploración urográfica vésicouretral» (Dr. Sols).

Lección 2.ª: «La cistografía morfológica y funcional. Su valoración» (Dr. Solé Balcells).

Lección 3.ª: «Accidentes de la exploración urográfica vésicouretral» (Dr. Solé Müllner).

Lección 4.ª: «Uretrocistovesículografía. Indicaciones y valoración» (Dr. Pomerol).

Lección 5.ª: «Semiología urográfica de las cistopatías» (Dr. Solé Balcells).

Estas lecciones, de treinta minutos de duración, serán complementadas con presentación de radiografías con sus correspondientes datos clínicos, bajo la dirección del doctor Solé Balcells, jefe del Departamento de Urografía.

A los inscritos al curso les será entregado el diploma de asistencia. El número de asistentes es limitado.

Para informes, en la Secretaría del Instituto de Urología, y la inscripción, en la Depositaría del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Barcelona.

IV CURSO DE UROLOGÍA PRÁCTICA

Este curso, de lecciones clínicoterapéuticas adaptadas a la práctica del médico general, se desarrollará en el Servicio de Urología del Hospital de Nuestra Señora del Sagrado Corazón de Jesús, de Barcelona, durante los meses de mayo y junio próximos. En él colaborarán con el director del Servicio, doctor L. Batalla Sabaté los jefes de clínica doctores J. Garrós Rovira y F. Planés Armengol, y los médicos del servicio, doctores C. Guitián Rodríguez y J. Solsona Miró. El programa se el siguiente:

Día 5 de mayo: «Exploración clínica urogenital».

Día 12: «Dolor urogenital».

Día 19: «Trastornos de la micción».

Día 26: «Hematuria», «Piuria».

Día 2 de junio: «Tumoraciones urogenitales».

Día 9: «Variaciones en la cantidad de orina», «La fiebre en las afecciones urinarias», «Uremia».

Las lecciones se desarrollarán a las diez de la mañana.

La exposición del tema, en forma de comentario práctico, se simultaneará y alternará con la exploración clínica de enfermos y práctica de los métodos de terapéutica al alcance del médico general en su ambiente.

Derechos de inscripción: 400 pesetas. La admisión es limitada y se verificará por riguroso turno de inscripción. Se entregarán diploma y copia mecanográfica de los temas desarrollados a los señores cursillistas inscritos. La inscripción y otras informaciones deberán solicitarse a la señorita María Rosa Vidal, Secretaria del Servicio de Urología, calle de Borrell, 303. Teléfono 305800.

I CURSO MONOGRÁFICO DE GINECOLOGÍA, PARA POSTGRADUADOS

Tendrá lugar en la cátedra de Obstetricia y Ginecología del profesor E. Gil Vernet, del 11 al 16 de mayo de 1959, y versará sobre «Patología del cuello uterino».

Este curso será eminentemente práctico, asistiendo al laboratorio, dispensarios, quirófano y, de un modo especial, al Dispensario de diagnóstico del cáncer, para poder efectuar las técnicas empleadas corrientemente (colposcopia, colpocitología y biopsias). Las preparaciones efectuadas podrán ser coleccionadas para uso de los asistentes al curso.

Información y correspondencia, en la Secretaría de la Cátedra de Ginecología y Obstetricia del profesor Emilio Gil Vernet, de la Facultad de Medicina de Barcelona (calle de Casanova, n.º 143), a los doctores L. Alvarez-Zamora y P. Adráiz.

Derechos de inscripción: 1.500 pesetas.

VIDA MEDICA EXTRANJERA

EL PROFESOR BINET, PRESIDENTE DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

El profesor Robert Debré, padre del actual Primer Ministro del Gobierno francés, ha dimitido la presidencia de la Academia de Medicina, siendo sustituído por el profesor León Binet, que fué designado para ocupar ese cargo. Para la vicepresidencia fué nombrado el profesor Georges Duhamel.

DISTINCIÓN AL PROFESOR PIETRANTONI

El Gobierno francés ha conferido al profesor Pietrantoni, director de la Clínica Otorrinolaringológica de la Universidad de Milán, la Cruz de Caballero de la Legión de Honor, por haber contribuído al desarrollo de las relaciones culturales italofrancesas y tomado parte muchos años en los cursos internacionales organizados por la Facultad de Medicina de París.

UNA GRAN CLÍNICA PEDIÁTRICA EN BARI

Se ha construído en Bari (Italia) una gran policlínica con instalaciones modernas y funcionales que permitirán una gran recepción de pacientes y una utilización completísima en el campo de la asistencia pediátrica.

NUEVA PRESIDENCIA DE LA SOCIEDAD DE GINECOLOGÍA

La «Sociedad Francesa de Gynecologie» acaba de designar como presidente al profesor Bédrine, de Lille, y como vicepresidente al profesor Claude Béclère, de París. Al felicitarles vivamente, deseamos que bajo su juvenil y experta dirección, la entidad renueve su favorable marcha, aumentando su prestigio.

EL PROESOR MENDES FERREIRA, DIRECTOR DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA DE LOS HOSPITALES DE LISBOA

Mediante informe favorable del Consejo Técnico, ha sido nombrado Director del Banco y Servicios de Urgencia de los Hospitales Civiles de Lisboa el profesor Antonio Mendes Ferreira, cirujano distinguido y figura de gran relieve en los medios hospitalarios de la capital. El acto de toma de posesión fué muy solemne y en él pronunció un interesante discurso esbozando todo un programa de organización y asistencia.

NECROLOGÍA

EL PROFESOR BERTINO

En Padua ha fallecido el profesor Alessandro Bertino, una de las figuras más representativas de la clínica obstétricoginecológica italiana, que durante su vida docente desempeñó las cátedras de Sassari, Siena, Parma y Padova.

EL PROFESOR GLANZMANN

Ha fallecido en Berna el que fué ilustre pediatra, maestro y creador, profesor doctor Eduardo Glanzmann. Falleció a los 72 años, el 17 de febrero de 1959, después de una fructífera y ejemplar vida de trabajo, clínica e investigación.

La Pediatría mundial está de luto por tan sensible pérdida.

PROTECCIÓN DE LOS GUANTES DE CIRUJANO

Uno de los hospitales más antiguos de Londres, el Guy, ha perfeccionado un nuevo método de poner a prueba los guantes quirúrgicos, de forma que queden completamente a salvo de cualquier contaminación de bacterias que pueda propagarse a través de pequeños orificios. Los guantes quirúrgicos han de esterilizarse mediante el calor, un tratamiento que no soportan muy bien, ya que la goma tiende a perder elasticidad. Unos guantes así son susceptibles de que se formen en ellos pequeños orificios. Estos pueden ser tan diminutos que no se observen a simple vista; pero aun así son lo suficientemente grandes para permitir el paso del sudor, que sirve de vehículo de las bacterias.

Los guantes quirúrgicos se someten a prueba y comprobación minuciosa después de su uso pero, no se efectúan tales operaciones de control después de su esterilización. Unas pruebas realizadas en el Hospital Guy han puesto de manifiesto que de ciento veintiocho guantes examinados, veintiuno tenían uno o varios agujeros. Fué este descubrimiento el que impulsó la necesidad de un método de someter a pruebas los guantes antes y durante la intervención. El aparato que se ha ideado para eso se basa en las propiedades aislantes del caucho. Si un guante está perforado, la transpiración lo atravesará, y al ser ésta un flúido, será un buen conductor de electricidad. En otras palabras: si podía demostrarse que el guante había perdido sus propiedades aislantes normales, se podía estar seguro de que estaba perforado. Esta demostración la proporciona un sencillo pero ingenioso procedimiento. El cirujano sumerge sus manos enguantadas en un recipiente que contiene una solución antiséptica, que está conectada, mediante una batería y una luz de aviso, a unas gafas que el cirujano lleva en la frente. Si el guante está perforado, se completa el circuito y se enciende la luz de aviso. La solución antiséptica asegura que cualquier bacteria que haya podido atravesar el guante queda destruída y no infecta los guantes del próximo usuario.

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MEDICA LOCAL

HA FALLECIDO EL DR. VAL-CARRERES GOTOR

El día 26 de marzo falleció en nuestra ciudad el prestigioso cirujano doctor don Antonio Val-Carreres Gotor, figura destacadísima de la cirugía aragonesa y decano del Cuerpo Médico de la Asociación de la Prensa.



Ingresó por oposición en la Beneficencia Municipal en 1905, al fundarse la Casa de Socorro. También por oposición, ingresó en el Hospital Provincial en 1922, donde desarrolló una ingente labor. Por sus conocidos méritos, fué nombrado académico de la Real Academia de Medicina de Zaragoza en 1937. Fué cirujano de la Mutua de Accidentes de Zaragoza y de la Plaza de Toros. Tomó parte en numerosos Congresos y Jornadas Médicas, como las Aragonesas, en las que presidió la Sección de Cirugía. En la Asociación de la Prensa se le profesaba singular afecto, ya que gozaba de grandes simpatías entre todos los periodistas.

Don Antonio Val-Carreres había alcanzado verdadera popularidad y justa fama como cirujano eminente, y se cuentan por millares los enfermos que fueron asistidos por él.

Era hombre caballeroso que rendía culto a la amistad. Era también un gran español y excelente católico.

A su familia, y en particular a su hijo don Antonio, particular amigo y colaborador de esta revista, hacemos presente nuestro sentido pésame.

SESIÓN DE LA SOCIEDAD GINECOLÓGICA

Esta Sociedad Ginecológica celebró sesión el día 21 de marzo, en el salón del Colegio Oficial de Médicos. Ocupó la presidencia el doctor don Ricardo Horno Liria, presentando una comunicación el doctor don Manuel Ibáñez Ramón, que trató sobre «Rotura silenciosa de útero en mujer cesarizada anteriormente», aportando un caso por él tratado de esta complicación, haciendo ver cómo después de una cesárea y siendo escaso el tiempo transcurrido para un nuevo embarazo, así como después de un postoperatorio febril, pueden ocurrir roturas de útero que sin sintomatología aparente se presentan y que, naturalmente, vienen a complicar más todavía la asistencia obstétrica. Estudia las causas originarias de la rotura, haciendo resaltar que aumenta las posibilidades de ella el que el embarazo se presente antes del año y medio de la intervención.

El doctor don Mariano Vicente Carceller aportó otro caso de esta misma complicación presentado por él a la Real Academia de Medicina en 1932, siendo muy interesante la exposición de este otro caso.

Siguió a esto un animado coloquio, interviniendo los doctores Ramón Abelló, Jiménez Ferrer y María N. Alvarez, y cerró el acto el presidente, doctor Horno, felicitando al comunicante por su interesante trabajo.

SESIONES CLÍNICAS EN LA FACULTAD DE MEDICINA

Las Secciones Clínicas se reunieron el día 3 de los corrientes, en el Aula de Ciencias, para celebrar sesión, con arreglo al siguiente orden del día:

Doctor Fairén: «Nota previa sobre micosis faríngeas.»

Doctor Muñoz: «Nuestro parecer en las gastrorragias masivas por ulcus.»

JUBILACIÓN DEL JEFE PROVINCIAL DE SANIDAD, DR. MALLÓU

Don Antonio Mallóu Vicario, que durante dieciséis años ha desempeñado la Jefatura de Sanidad de la Provincia de Zaragoza, ha cesado oficialmente en su cargo por haber cumplido la edad señalada por los reglamentos vigentes.

Durante esta larga actuación, su labor ha sido constante e intensa en todos los aspectos sanitarios y principalmente en el epidemiológico e higiénico.



Las campañas preventivas han sido constantes, especialmente las vacunaciones antitífica y antivariólica. Constantemente ha visitado los pueblos de la provincia para llevar a cabo esa actuación preventiva, pudiendo presentar un balance ampliamente satisfactorio desde el punto de vista sanitario.

También colaboró con eficacia en la construcción en la provincia de numerosas Casas del Médico y centros primarios de Higiene, mereciendo expresiones laudatorias de la Dirección General de Sanidad.

Ha contribuído en todo momento a la labor educativa sanitaria, con numerosas conferencias, charlas por radio y distribución de folletos y obras de divulgación bien escritas y perfectamente orientadas.

En el desempeño de sus funciones puso siempre un gran entusiasmo, preocupándose por la buena marcha e instalación de los servicios, siendo su labor en el aspecto sanitario verdaderamente encomiable.

El día 17 de marzo, con motivo de su jubilación, se celebr óen el Hotel Centenario un banquete de homenaje al doctor don Antonio Mallóu Vicario, jefe provincial de Sanidda, ofrecido por el personal de esta Jefatura e Instituto Provincial de Sanidad.

Presidieron, con el homenajeado, los doctores: De Gregorio, Lorente-Sanz (A.), Tarongi (V.) y Tello Valdivieso.

labra los doctores Tarongi, Lorente Sanz y

Al final del mismo hicieron uso de la paOliver Rubio, quienes hicieron un resumen de la vida directa y afectiva del doctor Mallóu durante su permanencia activa al frente de esta Jefatura, dentro de un ambiente de cariño y afecto hacia el doctor Mallóu, quien después agradeció de todo corazón las palabras que los mismos le dedicaron en nombre de todos los asistentes.

Al dar cuenta de su jubilación después de una actuación tan brillante, le deseamos largos años de vida para que disfrute de este bien ganado descanso.

CONFERENCIA DEL DR. ECHEVERRÍA VICENTE

En la Sección de Estudios Médicos Aragoneses, de la Institución «Fernando el Católico», y bajo la presidencia de los doctores don Julio Ariño y Antero Noailles, intervino el doctor Francisco Echeverría Vicente, sobre el tema «Alergia y úlceras gástricas».



Comenzó el doctor Echeverría justificando su trabajo por la presentación, cada vez más frecuente de enfermos con gastritis y úlceras gástricas, en las que coexisten otras afecciones de origen alérgico.

Precisó el concepto nosológico de las entidades clínicas que pueden responder al nombre de úlceras gastroduodenales, para estudiar después cuáles pueden tener etiología alérgica y cuáles corresponden a los casos clínicos comentados. Este se fundamenta, entre otras circunstancias, en la anatomía patológica de las lesiones, en los fenómenos de Sanarell-Shawartman, en una serie de pruebas de sensibilización en las dosificaciones de poder histaminopéxico del suero humano, en los antecedentes familiares y personales de los enfermos y en las particularidades del cuadro clínico.

Terminó el trabajo con unas breves consideraciones sobre el tratamiento indicado en cada caso.

El doctor Echeverría Vicente fué muy aplaudido al finalizar su interesante disertación.

UN PROGRAMA DE CARIDAD EN LA VIDA PROFESIONAL

Sonríe en la agonía del deber cotidiano.
Calla cuando te das cuenta de que alguien se ha equivocado.
Alaba al hermano que obró bien.
Presta un servicio a tu subalterno.
Estrecha cordialmente la mano al hermano que está triste.
Habla con dulzura a los impacientes e importunos.
Mira con afecto al hermano que oculta un dolor.
Saluda afablemente a los humildes.
Reconoce humildemente tu debilidad.
Deplora sinceramente el mal hecho.

EL DOCTOR BRAVO, NUEVO JEFE PROVINCIAL DE SANIDAD

Al ser jubilado el doctor Mallóu Vicario por cumplimiento de la edad reglamentaria, ha sido nombrado jefe provincial de Sanidad el doctor don Federico Bravo Morate, que desempeñaba este mismo cargo en Segovia.

El doctor Bravo nació en Muros de Nalón (Oviedo), en el año 1919. Cursó la carrera de Medicina en la Facultad de Barcelona, obteniendo el título en 1944. Es diplomado



en Hematología y por la Escuela Nacional de Sanidad y posee un brillante historial. Médico de A. P. D. con un año de ejercicio rural, pasó al Patronato Nacional Antituberculoso, en el que desarrolló una activa labor durante cuatro años en sanatorios y dispensarios. En el año 1953 ingresó en el Cuerpo de Sanidad Nacional, con el número 5 de la promoción, pasando a ocupar el cargo de director de la Ciudad Sanatorial de Tarrasa. En 1955 ingresó en el Cuerpo de Inspectores de S. S. del Seguro Obligatorio de Enfermedad, con el número 3, siendo sucesivamente inspector de zona en Barcelona, jefe de Servicios de la Residencia Sanitaria de la misma ciudad y jefe provincial de Segovia, destino que ha desempeñado desde el año 1956.

El doctor Bravo cuenta en su haber con numerosos artículos profesionales, cursos de perfeccionamiento, comisiones y otras actividades, que, junto con la experiencia adquirida a lo largo de sus años de profesión, nos hacen augurarle una labor eficaz al frente de su nuevo cargo, en el que le deseamos muchos éxitos.

EL DR. CIVEIRA, ACADÉMICO

Por unanimidad, la Real Academia de Medicina de Zaragoza ha nombrado académico de número al ilustre doctor don Fernando Civeira.

El nuevo académico tiene una extensa y brillante biografía profesional.

Tiene incontables publicaciones de gran valor científico, y ha asistido a numerosos congresos nacionales e internacionales.

Pertenece a las Sociedades de Castroenterología de Cuba y a las españolas de Endo-



crinología, de Aparato Digestivo y Nutrición, de Reumatología y Cardiología. Es colaborador del Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

En el decanato de la Facultad ha desarrollado una gran labor. Durante su mandato se ha realizado la nueva y espléndida instalación radiológica, se han mejorado otros servicios, han sido renovadas tres policlínicas y se ha organizado la hemeroteca. Ha conseguido el funcionamiento total de las clínicas de la Facultad y ha fundado las Escuelas de ayudantes sanitarios.

El doctor Civeira está dedicado por entero a la cátedra y al ejercicio profesional.

Es, pues, un gran acierto llevarle a la Real Academia de Medicina, donde puede aportar sus amplios conocimientos y una labor eficaz.

EL PROFESOR SUÁREZ, EN EL CÍRCULO MEDINA

El día 18 de marzo, el profesor doctor Suárez dió una conferencia sobre el tema «El niño y su hogar, en la salud y en la enfermedad», tercera del ciclo que sobre niños ha dado en el Círculo Medina.

El niño constituye un problema continuo que corresponde a los padres ir solucionando en tanto que su desarrollo se verifica, y como a todos los médicos les es dado comprobar, pocas veces aquéllos están en condiciones de hacerlo eficazmente, seguramente por falta de una preparación adecuada. Es lamentable que para lo más importante de la vida se carezca

de preparación cuando para todo se exigen unos conocimientos previos. Hay muchas cosas —dice el doctor Suárez— que deberían conocer padres y madres aun antes de serlo y de lo cual saldrían sumamente beneficiados los niños, que muchas veces han de sufrir las consecuencias de la falta de preparación de sus progenitores.

El profesor Suárez, que además de gran conocedor del tema es un ameno conferenciante, ha realizado una gran labor en este ciclo, que ha sido comentada muy favorablemente.

CONFERENCIA DEL DR. ROSEL, EN LA ACADEMIA DEONTOLÓGICA

El día 15 de marzo, el doctor don Emilio José Rosel Sanz, miembro de la Hermandad, disertó sobre el tema «Iconografía de los Santos Cosme y Damián».

Tras una breve introducción justificando su trabajo, comenzó la exposición presentando unas treinta reproducciones de cuadros e imágenes de los santos médicos. Proyectada la imagen, iba el doctor Rosel haciendo un atinado estudio artístico, técnico, profesional e histórico, que puso de manifiesto su conocimiento del tema y su paciente labor de coleccionista, ya que entre lo mostrado figuraban obras de nuestro Museo del Prado; de Ufici, de Florencia; grabados de diversas procedencias, y mosaicos.

También habló de la aparición de las reliquias de San Cosme y San Damián en la villa de Ocón (Logroño), extendiéndose en eruditas y atinadas disertaciones críticohistóricas de un tema tan interesante como poco divulgado.

El orador mué muy felicitado por su trabajo.

V JORNADAS NACIONALES DE LA S. E. C. O. T.

Durante los días 28, 29 y 30 de junio y 1 y 2 de julio próximos, tendrán lugar en Granada y Málaga, sucesivamente, las V Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (S. E. C. O. T.) y en las que se desarrollarán los siguientes coloquios:

1.º «Pie zambo congénito en la primera infancia». Moderador: doctor Salaverri.

2.º «Hallux valgus». Moderador: doctor Tercedor.

3.º «Fracturas de extremidad superior de radio». Moderador: doctor Queipo de Llano.

4.º «Fracturas de extremidad superior del húmero». Moderador: doctor Jimeno Vidal.

El Comité organizador de estas Jornadas ha preparado la celebración de diversos actos de carácter social, entre los que figuran la asistencia al Festival Internacional de Música y Danza y otros espectáculos en la Alhambra y Generalife, en Granada, y excursión a la Costa del Sol y fiesta campera, en Málaga.

Integran el Comité organizador de tan importante certamen científico los siguientes señores:

En Granada: Presidente, don Enrique Hernández López; vicepresidente, don Juan Tercedor Avilés; secretario, don Francisco Martín Cazorla; tesorero, don Luis Morell Gómez; vocales: don Juan Sánchez Cózar, don Francisco A. de Cienfuegos López y don Carlos Guijarro Verde.

En Málaga: Presidente, don Alfonso Queipo de Llano Buitrón; vicepresidente, don Horacio Oliva Marra-López; secretario, don Julio García-Recio Aublín; vicesecretario, don Isidro Garnica Navarro.

Las inscripciones pueden realizarse en la Secretaría de las Jornadas: Ganivet, 1, Granada.

IV CONGRESO NACIONAL DE ANESTESIOLOGÍA

I Reunión Hispanolusa

Se celebrará en Valencia, del 22 al 25 de junio, con arreglo al siguiente programa:

Ponencias oficiales.—Se expondrán y discutirán cuatro ponencias oficiales (dos por autores españoles y las otras dos por colegas portugueses).

Primera ponencia: «La retención de anhídrido carbónico en anestesia. Fisiopatología. Diagnóstico. Tratamiento». Ponente: doctor P. Patricio de Agustín Jiménez (Madrid); contraponente: doctor M. Rodríguez Caldeiro (Huelva).

Segunda ponencia: «Hipotermia en anestesiologia». Ponente: doctor R. Llauradó Sabé (Madrid); contraponente: doctor F. J. Elío Membrado (Madrid).

Tercera ponencia: «A anestesia na cirugía pulmonar». Ponentes: doctores V. H. de Magalhaes y R. de la Feria (Lisboa). *a*) «Estudo hemodinámico e angiográfico da pequenha circulaçao». Ponente: doctor M. da Fonseca. *b*) «Hemoterapia e equilibrio electrolítico». Ponente: doctor V. Caldas. *c*) «Estudo e recuperaçao funcional respiratoria». Ponente: doctor G. Lucas.

Cuarta ponencia: «Reanimaçao e anestesia em cirugía de urgencia». Ponentes: doctores Lopes Soares, H. Gomes, J. Gonçalves y J. de Castro (Lisboa). *a*) «Problemas de técnica anestésica em cirugía de urgencia»; *b*) «Acidentes e complicaçoes em anestesia de urgencia»; *c*) «A insuficiencia cardio-respiratoria aguda»; *d*) «Orgánica de reanimaçao num centor de urgencia».

Comunicaciones libres.—Podrán presentarse y discutirse cuantos trabajos sean entregados dentro del plazo que señale la Junta organizadora.

Premio Pagés.—Será otorgado al mejor trabajo que se presente sobre cualquier tema de anestesiología. La Junta Directiva de la A. E. D. A. actuará de juez en la valoración científica de los mismos. El premio consistirá en un diploma acreditativo y una medalla alegórica.

Junta organizadora: Presidente, doctor V. Morera Marco; secretario, doctor V. Vento Ruiz; tesorero, doctor L. Piera Pons.

Secretaría general: Facultad de Medicina, paseo de Valencia al Mar.

VIDA MEDICA NACIONAL

LA MEDICINA FRANCESA RINDE HOMENAJE AL DOCTOR MARAÑÓN

Un obsequio del Ayuntamiento y del alcalde de París, y un cariñoso mensaje de simpatía de los médicos de Francia, han sido entregados al doctor don Gregorio Marañón, con motivo del cincuenta aniversario del ejercicio de su profesión, en el curso de una comida ofrecida en honor del médico español.

A la comida asistieron el embajador de Francia y diversas personalidades francesas y españolas.

A los postres, el profesor Pichón dió lectura a un mensaje del profesor señor De Vernejoul, en nombre de los médicos franceses, y el embajador francés, en unas palabras, abundó en el elogio a la polifacética personalidad del doctor Marañón y de reconocimiento para la simpatía que siente por Francia. Finalmente, el doctor Marañón, en sencillas palabras, expresó su gratitud por el obsequio y por la carta de sus colegas franceses.

NUEVO DECANO DE LA BENEFICENCIA MUNICIPAL DE MADRID

En virtud de reciente disposición, ha sido nombrado decano de la Beneficencia Municipal de Madrid el doctor don Carlos Blanco Soler, figura prestigiosa de la Medicina nacional y cuya designación ha sido favorablemente acogida.

III JORNADAS ESPAÑOLAS DE HIDROLOGÍA MÉDICA

Durante los días 29, 30 y 31 del próximo mes de mayo, y bajo la presidencia del doctor don Juan de Dios García Ayuso, se celebrarán en Valencia estas Jornadas, organizadas por la Sociedad Española de Hidrología Médica.

En dicho certamen se presentarán y discutirán dos ponencias: la primera, dirigida por el doctor Moreno González, tratará de la «Rehabilitación y readaptación de los inválidos en los balnearios», y la segunda, dirigida por el doctor Vila López, de Valencia, que versará sobre la «Cooperación del Cuerpo de Médicos de Balnearios en la futura asistencia social balnearia».

Se visitarán los balnearios de La Alameda y Hervideros de Cofrentes, en los cuales se celebrarán sesiones científicas, y también habrá diversos actos sociales y agasajos.

Podrán inscribirse todos los asociados de la Sociedad Española de Hidrología Médica, todos los médicos que se interesen por cuestiones hidrológicas, climatológicas y balnearias, así como los propietarios y gerentes de balnearios españoles, pudiendo ser acompañados de uno o dos familiares agregados.

Para detalles e inscripciones, dirigirse al secretario general, doctor Ramón Moreno González, plaza de Olavide, 5, teléfono 243059, en Madrid, antes del 30 de abril, fecha en que se cerrará el plazo de inscripción.

NUEVOS CATEDRÁTICOS DE PATOLOGÍA MÉDICA

En las oposiciones celebradas para la provisión de las cátedras de Patología Médica de Cádiz y Salamanca, el Tribunal examinador elevó a la superioridad los nombramientos de los doctores Farreras Valentí y Peláez Redondo, de Barcelona y Salamanca, respectivamente. Felicitamos muy cordialmente a los ilustres opositores que han obtenido tan señalados triunfos en sus ya relevantes carreras.

LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE VALENCIA RECIBE A SUS COMPAÑEROS DE LA DE MADRID

El sábado 14 de marzo celebró la Sociedad valenciana de Pediatría una reunión científica de carácter extraordinario, con motivo de la visita de una brillante representación de la Sociedad de Pediatría de Madrid.

El programa de la sesión fué el siguiente:

Doctor Carlos Vázquez: «Fibrosis quística de páncreas»; doctor Crespo Santillana, «Tumoraciones malignas de abdomen»; doctor Jaime de Cárdenas, «Comentarios sobre escarlatina».

Fueron tres lecciones magistrales a cargo de los compañeros de Madrid, promoviendo cada una de ellas numerosas y muy atinadas intervenciones de los pediatras valencianos.

Los doctores Elordi, Mendiguchia y Tellería, directivos también de la Sociedad de Pediatría de Madrid, completaron la valiosa embajada, dando lugar a un utilísimo intercambio científico, aparte el afectivo estrechamiento de lazos entre los pediatras madrileños y valencianos.

HOMENAJE AL PROF. FERNÁNDEZ CRUZ

Al profesor Arturo Fernández Cruz, catedrático de Patología General de la Facultad de Medicina de Barcelona, se le ha tributado en su pueblo natal, Peñaflor (Sevilla), un grandioso homenaje.

Con motivo de su estancia en Andalucía, ha pronunciado tres conferencias magistrales. En la Real Academia de Medicina, con el tema «Prevención clínica de la patología de la absorción en las enteropatías»; en la Sociedad Médica de Hospitales, con el título de «Estudio clínico y patogénico diferencial de las sobrecargas e insuficiencias del ventrículo derecho», y en la Facultad de Medicina, sobre «Las insuficiencias cardíacas por inducción».

ASOCIACIÓN DE MÉDICOS ESCRITORES Y ARTISTAS

Esta Asociación celebró su sesión literaria el 21 de marzo, en el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos de Madrid, pronunciando una conferencia el doctor don Ignacio Mateo Martín sobre el tema «La voz, alma del alma».

Fué contestado en nombre de la Asociación por el doctor Blanco Soler.

EL DR. PUIGVERT TOMA POSESIÓN DEL CARGO DE MIEMBRO EXTRANJERO DE LA ACADEMIA DE CIRUGÍA DE PARÍS

En la Academia de Cirugía de París ha tomado posesión de su cargo, como miembro extranjero de dicha docta corporación, el doctor don Antonio Puigvert, de Barcelona, quien recientemente fué nombrado para dicho cargo.

El doctor Puigvert hizo su presentación leyendo una muy documentada comunicación sobre «Disectomía parcial». Fué felicitado cordialmente por los numerosos académicos que asistieron a la sesión.

IX CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL PARA EL ESTUDIO DE LOS BRONQUIOS

En los días 29 y 30 de mayo próximo tendrá lugar en Madrid el IX Congreso de la Asociación Internacional para el Estudio de los Bronquios, en el que participarán relevantes personalidades, tanto españolas como extranjeras.

Bajo la presidencia del profesor don Manuel Tapia Martínez, el Comité organizador del Congreso está formado de la siguiente manera:

Miembros: Profesores J. Alix Alix, F. Blanco y R. Navarro Gutiérrez; doctores A. Castella Escabrós, F. Coll Colomé, J. Cornudella, F. Tello Valdivieso y L. de Velasco. Secretario general, profesor J. Abelló. Secretarios adjuntos: Doctores L. Cerezo y F. J. Guerra Sanz.

Las ponencias a tratar serán las siguientes:

1.ª «El cuadro anatómico de las inflamaciones bronquiales crónicas no tuberculosas». Ponentes: Doctores Brouet, J. M. Lemoine y J. Chrêtien (Francia), y N. Montanini, L. Di Guglielmo, L. Cattaneo, Pallotta y Tiraerra (Italia).

2.ª «Pronóstico de las bronquiectasias llamadas primitivas». Ponentes: Doctores Wynn Williams (Inglaterra), Swierenga (Holanda) y Huzly (Alemania).

3.ª «Profilaxis y tratamiento de las fístulas bronquiales postoperatorias». Ponentes: Doctores Dumont (Bélgica), Caraps y Manresa (España), Hertzog (Francia) y Naef (Suiza).

Para toda clase de detalles, pueden dirigirse los interesados a la Secretaría General del Congreso, en la Jefatura Provincial de Sanidad, calle del General Oraá, 39, Madrid.

CRUCERO MEDITERRÁNEO

Con motivo de la celebración de la *XV Conferencia Internacional de Tuberculosis*, se ha organizado, para los miembros que deseen su inscripción, un atractivo crucero por el Mediterráneo, durante el próximo mes de septiembre, en la motonave «Cabo San Roque», de la firma Ibarra y Cía.

La salida de Barcelona se ha señalado para el día 9 de septiembre (miércoles), al mediodía. Navegaremos rumbo a Nápoles, llegando el día 10 por la tarde. Después de una estancia de veintitrés horas, proseguiremos hacia El Pireo (Atenas), en donde permaneceremos el domingo día 13 y la mañana del lunes. Llegaremos a Estambul el martes día 15, a primera hora, prolongando nuestra estancia hasta el viernes 18 por la noche, fechas coincidentes con las señaladas por el Secretario del Congreso para las sesiones científicas. La llegada a Beirut —punto de partida para Jerusalén— tendrá lugar el día 20 por la noche, para reembarcar en el mismo puerto de Beirut dos días y medio más tarde. A Alejandría llegaremos el jueves día 24, por la mañana —excursión a El Cairo— y partiremos el viernes día 25 al mediodía, con rumbo a Barcelona. Llegada prevista para el día 28, por la noche.

Mucho nos complacería poder contar con su asistencia, a fin de que la representación española cubriera prácticamente la totalidad del pasaje.

Informes e inscripción, en Compañía Ibarra (Bergé y Cía.), Vía Layetana, 7, Barcelona, o en Leti Uquifa, Rosellón, 285, Barcelona, o en sus delegaciones provinciales.

SOCIEDAD FRANCESA DE FLEBOLOGÍA

Un Congreso Internacional de Flebología se verificará en Francia, en Chambery (Saboya), los días 6, 7 y 8 de mayo de 1960.

Los idiomas oficiales del Congreso serán el francés, el español, el alemán, el inglés y el italiano (traducciones instantáneas).

Los temas a tratar son los siguientes:

1) «La estasis venosa: Crítica, análisis, definición (excluído el tratamiento)». Ponentes: profesores Comer, Curri, Jourdan, Malamani, Malan, Zannini, Wertheimer y el profesor agregado Sautot Faucon.

2) «El dolor en las afecciones venosas de los miembros inferiores: Aspectos clínicos, diagnóstico, patogenia (excluído el tratamiento)». Ponentes: profesores Comer, Fontaine Huriez y Piulachs,y doctores Forestier, Gross, Bret y Tournay.

3) «El método esclerosante en sus aplicaciones extravasculares». Ponente: doctor Ducheix.

Pueden enviarse las adhesiones y el texto de las comunicaciones eventuales, a uno de los secretarios franceses del Congreso: doctor J. Marmasse, 3, Rue de la République, Orleáns (Loire), o doctora S. Bourgeois, 8, Boulevard du Théâtre, Chambéry (Savoie), Francia.

No se aceptarán sino las comunicaciones que se refieran a los asuntos señalados.

V CONGRESO NACIONAL DE CIRUGÍA

Organizado por la Asociación Española de Cirujanos, se celebrará este Congreso en Valencia, del 22 al 25 de junio próximo, bajo la presidencia del profesor D. C. Carbonell.

Las ponencias a desarrollar son las siguientes:

1.ª «Compresión medular», por los doctores Tolosa, Obrador, Vilardell y Alcalá Santaella.

2.ª «Tratamiento de las obliteraciones arteriales crónicas de los miembros». por los doctores Rodríguez Arias, Martorell y Gallego Tejedor.

3.ª «Cirugía del páncreas», por los doctores Artigas y Estrada.

4.ª «Formación del cirujano y especialistas quirúrgicos», por los doctores Lozano y Pulgar.

Comunicaciones libres distribuídas en las siguientes secciones: Traumatología y Ortopedia, Cirugía del aparato digestivo, Cirugía torácica, Cirugía vascular, Urología, Neurocirugía, Cirugía plástica y reparadora, Cirugía general, Cirugía infantil, Cirugía del corazón, etc.

En algunas de estas secciones, las Sociedades nacionales de la especialidad celebrarán su reunión anual, y en otras se celebrarán «simposiums» sobre temas especiales, con la contribución de eminentes personalidades españolas y extranjeras.

Tendrá lugar un «forum» de investigaciones, en el que se expondrán comunicaciones sobre trabajos de investigación quirúrgica, clínica y experimental.

Se otorgará al mejor trabajo de investigación presentado el Premio Gascó del Congreso de Cirugía de Valencia.

Se organizará una sección para proyectar películas científicas, otorgándose un diploma a la mejor.

Habrá exposiciones de «Cirugía y Arte», sobre Pintura, Escultura y Fotografía.

Igualmente se dedicará una sala a la exposición de libros antiguos de cirugía.

Se celebrarán excursiones y actos sociales, entre ellos la representación, en el Teatro Romano de Sagunto, de «La Orestíada», de Esquilo, por la Compañía Lope de Vega.

Las inscripciones deberán realizarse antes del 15 de mayo. Las cuotas de inscripción son las siguientes: asociados, 600 pesetas; no asociados, 750; agregados, 600.

Las cuotas deberán ser remitidas a la cuenta corriente del «V Congreso Nacional de Cirugía», en Banco Hispano Americano, Valencia, o por giro postal a la Secretaría del Congreso, Facultad de Medicina, paseo de Valencia al Mar.

Premio Gascó. — Se otorgará en el Congreso de Cirugía el «Premio Gascó», dotado con 5.000 pesetas, al mejor trabajo de investigación o experimental, sobre un tema quirúrgico que cumpla los siguientes requisitos:

a) Para optar al premio es imprescindible presentar el trabajo en la Secretaría del V Congreso Nacional de Cirugía, antes del 15 de mayo. El trabajo llevará un lema y, en plica aparte, el nombre y la dirección del autor.

b) A este premio pueden optar todos los licenciados españoles.

c) El trabajo de investigación, sea clínica o experimental, ha de ser inédito, sobre un tema libre de Cirugía.

d) La Comisión organizadora del Congreso se reserva el derecho de designar oportunamente el Jurado calificador.

Exposición artística médica

El V Congreso Nacional de Cirugía y IV de Anestesiología, que han de celebrarse en Valencia el día 22 del próximo mes de junio, convoca a todos los cirujanos y anestesiólogos aficionados a la pintura, escultura, fotografía o cualquier otra manifestación artística, a tomar parte en la exposición que durante el mismo habrá de celebrarse y en la que se otorgarán valiosos premios para recompensar a las mejores obras presentadas.

Para ello deberán enviar sus obras (se admitirán óleos, acuarelas, grabados, dibujos, caricaturas, esculturas, etc.) a la Secretaría del Congreso (Sección Artística), antes del día 15 de mayo.

Exposición de libros antiguos de Cirugía

El V Congreso Nacional de Cirugía, que ha de celebrarse en Valencia el día 22 del próximo mes de junio, tiene el propósito de organizar una exposición retrospectiva de libros antiguos de Cirugía, que no dudamos ha de ser de un gran interés histórico y científico, por ser la primera en su género que se celebra en nuestra Patria.

Para conseguir su mayor brillantez y poder reunir la mayor colección posible de libros de esta rama de la Medicina, al par que tenemos la colaboración de entidades y bibliotecas oficiales, recabamos la participación activa de cuantos cirujanos españoles posean valiosos o curiosos libros antiguos, para que los envíen a la Secretaría del Congreso, antes del día 15 de mayo, para poder ser expuestos dándoles la seguridad de que los libros serán asegurados a todo riesgo y de que en la exposición se hará constar, al lado de los detalles bibliográficos, su procedencia y propietario.

ASOCIACIÓN DE MÉDICOS ESCRITORES Y ARTISTAS

Esta Asociación celebró su sesión literaria el 24 de febrero, en el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos, en la que pronunció una conferencia el doctor don Eugenio Díaz Gómez, sobre el tema «El proceso de Urbano Grandier (1630). Demonios antiguos y modernos». Le contestó el doctor Blanco Soler, en nombre de la Asociación.

El acto fué muy interesante y se vió muy concurrido.

III CURSO INTENSIVO SOBRE AUDIOCIRUGÍA

En Madrid, y organizado por la primera cátedra de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina, en colaboración con el Instituo Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, regidos ambos por el profesor doctor don Alfonso de la Fuente, se celebrará este curso, que, dirigido por el doctor don Francisco Antoli-Candela, discurrirá entre el 13 y el 22 del corriente mes de marzo.

Además de las inscripicones de destacados otólogos españoles, figuran las de especialistas de Colombia, Ecuador, Italia, Portugal y Venezuela. Esta afluencia de extranjeros pone de relieve el gran avance técnico realizado por el Instituto Nacional de Medicina y equipos colaboradores, consiguiendo una categoría internacional para la Audiocirugía española.

Durante el curso se expondrán todos los aspectos que actualmente tiene planteados la Audiocirugía, con el fin de lograr una eficiente recuperación de las sorderas y de los vértigos. El profesor Sánchez Rodríguez pronunciará una conferencia.

El curso tendrá un carácter clínico y práctico. Diariamente se celebrará un «symposium» realizándose prácticas, intervenciones quirúrgicas y demostraciones necrópsicas para exponer las nuevas adquisiciones de la Audiocirugía.

CURSO PRÁCTICO DE TOCOLOGÍA

Organizado por la Dirección de la Casa de Maternología de Barcelona y profesado por los doctores J. Vanrell, A. Carulla, E. Condeminas, M. Garriga Roca, V. Marqués, R. Bardés, J. Pont, J. Camprubí, J. M. Dexeus Trías de Bes, P. Buxó, A. Amigó, F. Fernández Pellicer y E. Esteban .

El objeto de este curso es poner a disposición de los postgraduados el numeroso material de la Casa de Maternología, dándoles ocasión para iniciarse prácticamente en la especialidad tocológica. Dará comienzo el día 1 de abril y finalizará el 31 de julio, bajo el siguiente plan de trabajo:

Asistencia diaria obligatoria a los consultorios de puericultura prenatal, a las enfermerías de puérperas y recién nacidos, y a los partos normales y distócicos.

Lecciones prácticas diarias, con sujeción a un programa, en el auditorio de la Institución.

Una vez terminados los cursos teórico y clínico, los alumnos inscritos practicarán, durante tres meses, colaborando personalmente con los jefes de clínica y médicos de guardia, en régimen de externado, ayudando en las operaciones tocológicas, exploraciones y partos.

Serán instruídos por los médicos puericultores sobre los conocimientos esenciales en patología, tratamiento y dietética del recién nacido.

Participarán en las sesiones clínicas, discusión de historias, observaciones, etc. Llevarán un libro de observaciones clínicas y de asistencia a partos, etc., y, terminado el curso, recibirán un diploma acreditativo.

Los solicitantes deberán acreditar hallarse en posesión del título de licenciado o doctor en Medicina y Cirugía, así como los méritos y actividades que juzguen procedente.

Las solicitudes deben dirigirse a la Dirección. El importe de la matrícula es de 1.000 pesetas, con derecho a prácticas.

Para informes e inscripciones: Administración de la Casa de Maternología, avenida de José Antonio, 477. Teléfono 231252. Barcelona.

CURSO SOBRE ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN

Organizado por la Escuela de Medicina Legar (Facultad de Medicina) y patrocinado por el Ayuntamiento de Madrid, tendrá lugar este curso durante el próximo mes de mayo, con arreglo al siguiente orden de conferencias:

Día 4, a las doce de la mañana: Don Maximino Sanz Pérez: «Hacia una pedagogía de la circulación».

Día 4, a las siete de la tarde: Doctor Piñerúa: «Ni ruidos, ni gases, ni humos. ¿Por qué?»

Día 5, a las doce de la mañana: Doctor don Pedro Gómez: «Problemas de asistencia médica: primeros auxilios».

Día 5, a las siete de la tarde: Don José María Cano: «Progresivo aumento de la circulación urbana: problemas que plantea».

Día 6, a las doce de la mañana: Don Jesús Luque: «Problemas de prevención: publicidad y propaganda de la prudencia».

Día 8, a las doce de la mañana: Doctor Laves de Munich: «Problemas de toxicología».

Día 8, a las siete de la tarde: Doctor Germain: «El problema psicotécnico de la selección de conductores».

Día 9, a las doce de la mañana: Doctor López Ibor: «Psicología y psicopatología del conductor».

Día 9, a las siete de la tarde: Reverendo padre Peiró: «Problemas deontológicos de accidentes de circulación».

Día 11, a las doce de la mañana: Doctor Pérez de Petinto: «El informe médicoforense: lesiones y motivos de producción».

Día 11, a las siete de la tarde: Doctor Del Rosal: «Problemas jurídicopenales que presenta la práctica de la Ley Penal del automóvil de 9 de mayo de 1950».

Día 12, a las doce de la mañana: Don Manuel Arias Paz: «Problemas de la circulación urbana».

Día 12, a las siete de la tarde: Doctor Royo-Villanova: «El conflicto del hombre y el automóvil».

Las conferencias se celebrarán en el salón de actos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Duque de Medinaceli, 4. Se proyectarán películas relativas al tema del conferenciante, y algunas gentilmente cedidas por diversas Embajadas acreditadas en Madrid avisándose oportunamente el día y lugar de la proyección.

ZARAGOZA, 15 MAYO 1959

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MEDICA LOCAL

LA INSTITUCIÓN «FERNANDO EL CATÓLICO» CELEBRÓ UNA SOLEMNE SESIÓN EN HOMENAJE AL DOCTOR D. ANTERO NOAILLES

El día 23 del pasado abril, en el salón de sesiones de la Diputación Provincial, se celebró el anunciado homenaje que, coincidiendo con la festividad de San Jorge, rinde cada año la Diputación a una relevante figura aragonesa, habiendo sido elegido el ilustre pediatra zaragozano doctor don Antero Noailles Pérez, médico jubilado de la Beneficencia Provincial.

El acto fué presidido por el doctor Zubiri Vidal, acompañado de las autoridades regionales y locales, militares y civiles. En los escaños se hallaban los miembros de la Institución «Fernando el Católico», los señores diputados y numerosos médicos y representaciones.

La sesión fué muy solemne, interviniendo diversos doctores. En primer lugar, y por la *Hermandad Médico-Farmacéutica de San Cosme y San Damián*, lo hizo el doctor *Azpeitia*, diciendo que era verdaderamente interesante fijar la atención en un hombre como el señor Noailles, al que podemos poner como modelo. Señaló la satisfacción que este acto suponía para él personalmente y para la Hermandad al rendir homenaje a uno de sus más preclaros valores. Destacó en el homenajeado su recia personalidad, y dijo que practicó siempre la rectitud más ortodoxa. Aludió a la cooperación que el doctor Noailles ha prestado a la Hermandad de San Cosme y San Damián y de qué forma ha contribuído al resurgir del catolicismo médico en nuestra capital. Mencionó sus numerosos trabajos sobre Deontología profesional y su interés por cuanto se refiere a las Jornadas Médicas celebradas en Zaragoza y fuera de aquí, en las que ha participado. Terminó diciendo que será siempre el presidente espiritual de la Hermandad, e hizo una exposición de los sacrificios que lleva aparejados la profesión médica.

Representando a la *Beneficencia Provincial*, hizo uso de la palabra el doctor don *Antonio Val-Carreres Ortiz*, que expresó la gran satisfacción que supone para el Cuerpo de la Beneficencia estar presente en este homenaje. Hizo una amplia biografía del homenajeado desde su ingreso en la Beneficencia, por oposición, en el año 1914, y señaló la gran labor que ha desarrollado en todos los servicios a su cargo, especialmente como jefe de los Servicios de Pediatría y Cirugía. Aludió a los cursillos organizados por el doctor Noailles en el Hospital, para médicos de la infancia, y señaló su intervención en numerosos Congresos nacionales y extranjeros, citando los títulos de las más importantes obras y comunicaciones de las que es autor. Terminó diciendo que el doctor Noailles merecía con toda justicia este homenaje, y expresó su gratitud a la Institución «Fernando el Católico» por haberlo organizado, rindiendo así prestigio a una gran figura de la Medicina aragonesa.

En su calidad de presidente del *Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza*, habló luego don *Ramón Celma Bernal*, que comenzó recordando la frase de Aparisi y Guijarro: «Bendito sea el Señor, que al darnos el trabajo como castigo, nos dió con él paz, holgura, salud y virtudes», diciendo que todo ello puede aplicarse a la vida ejemplar del doctor Noailles. Se detuvo en la exaltación de las virtudes familiares y ciudadanas del homenajeado, y dijo que se le puede considerar



como un verdadero patriarca de la Medicina. Hizo una amplia y detallada semblanza del doctor Noailles, vista desde el ángulo concreto del Colegio de Médicos, desde que fué alumno interno por oposición, en 1902, con los profesores señores Ramón y Cajal y Arpal, habiéndose colegiado voluntariamente en julio de 1913. Guiado por el ferviente amor a todo lo regional —dice el doctor Celma Bernal—, fundó en 1917 el Instituto Aragonés de Ciencias Médicas, en el que se destacaron numerosos valores científicos. Cita los diversos cargos que ha desempeñado el homenajeado hasta el de presidente del Colegio de Médicos desde 1944 a 1948, habiendo sido también miembro del Consejo General de Colegios de Médicos de España. Se refiere a su intensa vida de trabajo y al prestigio que ha tenido siempre entre los profesionales y entre los clientes. El doctor Celma terminó su brillante intervención pidiendo al Cielo que conceda al homenajeado largos años de vida para que pueda seguir siendo la alegría de los suyos y lección permanente para todos, contando con la veneración de los compañeros, la gratitud de millares de

madres y la estimación pública que le tiene concedido el patriarcado de la Medicina infantil zaragozana.

Habló acto seguido el doctor don *Francisco Oliver Rubio*, presidente de la *Real Academia de Medicina*, siendo sus primeras palabras de gratitud a la Comisión organizadora de este homenaje por el acierto que ha presidido la elección de la persona a la que se rinde este homenaje en este año por la Diputación. Señaló que es cosa fácil hablar de don Antero Noailles precisamente por la cantidad de méritos que concurren en él. Aludió a la época de estudiante en la Facultad de Medicina de Zaragoza, diciendo cómo, desde los primeros cursos, sobresalió ya en sus estudios, y recordando los tiempos en que vivieron juntos las algaradas estudiantiles. Tiene un recuerdo para los maestros del homenajeado, don Santiago Ramón y Cajal y don Francisco Arpal, y habla de su salida al medio rural, diciendo que el doctor Antero Noailles quiso ponerse en contacto con aquél, seguro de que había de ser la piedra de toque, ya que es en el medio rural donde se forma el médico, que ha de resolver todos los casos que se le presenten. Recuerda los pueblos que tuvo a su cargo el homenajeado hace cuarenta años y cómo se le guarda testimonio de eterna gratitud por sus desvelos y su preocupación por la salud de todos, pero especialmente de la infancia. Termina haciendo un resumen de la magnífica labor que ha desarrollado en la Real Academia de Medicina y el prestigio que goza en toda España, dedicando unas palabras a sus firmes convicciones católicas y a su intachable honorabilidad, por lo que ha sido un gran acierto el de la Institución el proponerle para este homenaje.

Representando al *Ayuntamiento de la ciudad*, hizo uso de la palabra el doctor don *Ricardo Malumbres Logroño*, médico y concejal. Expresó la satisfacción que le producía esta oportunidad para hacer pública su admiración por el doctor don Antero Noailles, y destacó la constante preocupación que tuvo siempre en beneficio de la Sanidad zaragozana, con la que colaboró estrechamente, refiriéndose a la campaña de vacunación antivariólica de 1906, casa por casa. Se refirió a su cargo de concejal del Ayuntamiento, para el que fué nombrado en 1940, y cómo se entregó sin reservas a la actividad municipal, aportando ideas y siendo el iniciador del Parque infantil de Pignatelli, por lo que es acreedor —dijo— a la gratitud de todos los zaragozanos. Definió al doctor Noailles Pérez como hombre de sólidas convicciones católicas y de padre ejemplar. El doctor Noailles —terminó diciendo don Ricardo Malumbres— ha logrado con su vida ejemplar hacer más ilustre aún su apellido y que Zaragoza le considere como uno de sus más preclaros hijos.

El *presidente de la Diputación*, doctor *Zubiri*, comenzó diciendo que la Diputación no podía estar ausente en este acto en el que se rinde homenaje a una figura que, como el Patrón San Jorge, es un gran caballero y un gran señor. Se congratula, como médico, de que sea precisamente a un compañero de profesión a quien se rinda homenaje, que en este caso —dice— es como si la Institución «Fernando el Católico» rindiera homenaje a la Medicina aragonesa en general. Señala la coincidencia que ha tenido con el doctor Noailles en los organismos que se hallan presentes en este homenaje y cómo siempre fué objeto de su distinción y de su afecto. Termina el doctor Zubiri señalando la aportación ingente que el homenajeado prestó a la Beneficencia Provincial, así como a la Institución «Fernando el Católico» en el aspecto científico, con sus ponencias y comunicaciones.

Al final, el doctor Zubiri, puestos en pie los presentes y entre grandes aplausos, le ofreció una artística placa de plata en la que consta de manera viva y fehaciente la expresión del reconocimiento de cuantos organismos han participado en el homenaje que se le rinde.

Profundamente emocionado habló el doctor don *Antero Noailles Pérez*, que dió las gracias por el homenaje inmerecido —dijo— de que era objeto, que no sabe cómo reconocer a la Institución «Fernando el Católico» y a los organismos que han intervenido en la velada, diciendo que nunca se borrará de él el recuerdo de esta fecha. Describió las principales virtudes que deben adornar al médico, y subrayó la colaboración que siempre ha encontrado en todos los que ha tenido a su cargo, manifestando que encontró también en todo la satisfacción del deber cumplido, y que ha agradecido profundamente el nombramiento de vicepresidente de la Real Academia de Medicina. Expresó, por último, su gratitud a las autoridades que le honran con su presencia.

Todos los oradores que intervinieron a lo largo de esta solemne velada fueron calurosamente aplaudidos.

* * *

Por la noche, en el comedor del Hotel Goya, fué ofrecido un banquete al doctor Noailles, asistiendo numerosos médicos de nuestra capital y amigos del homenajeado. A los postres ofreció el homenaje el doctor don *Pedro Galán Bergua*, que tuvo unas palabras elogiosas para el doctor Noailles, haciendo gala de buen humor e ingenio.

El doctor *Noailles* contestó con breves palabras, exponiendo algunos casos confirmatorios de las difíciles circunstancias en que el pediatra se encontraba cuando él inició la especialidad, y los avances científicos que permiten ganar muchas vidas. Terminó dando las gracias a todos los comensales.

EL DR. LA FIGUERA, VICEDECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Recientemente, y en la vacante ocurrida por fallecimiento del profesor Conde Andréu, ha sido nombrado vicedecano de la Facultad de Medicina de Zaragoza el ilustre doctor don Enrique de la Figuera, profesor de Patología Médica de dicha Facultad. Esta designación, favorablemente acogida, viene a premiar una dilatada labor universitaria, profesional y científica. Muy efusivamente felicitamos al ilustre profesor y querido amigo.

EL PROFESOR MATEO TINAO, EN EL ATENEO

El día 25 del pasado, y bajo la presidencia del profesor Moreno Alcañiz, ocupó la tribuna del Ateneo el catedrático de nuestra Facultad de Medicina don Mariano Mateo.

En su iniciación justificó la elección de las dos figuras relevantes de la Medicina antigua: Hipócrates, representante de la cultura helénica, y Galeno, de la romana. Hipócrates puede considerarse como el creador de la Medicina profesional, cuatro siglos antes de nuestra era. Galeno nació en el siglo II después de Jesucristo; fué un gran químico y un gran experimentador, que ya utilizó a los animales para sus estudios experimentales.

Pasa rápidamente por la Edad Media, para entrar en el Renacimiento, en los siglos XV y XVI, citando en primer lugar a Paracelso, llamado «el más loco de todos los médicos» y «el más médico de todos los locos», que señala la era de la alquimia, base de la ciencia química, y al español Ponce de León, que tanto se distinguió por sus esfuerzos en busca de la fuente de la vida. Expone las dos teorías llamadas *alopatía* y *homeopatía*.

Cita a Erlich como creador de la quimioterapia y cuyos méritos anteriores le hicieron merecedor del Premio Nobel.

Entra a tratar de la moderna industria farmacéutica, que, merced a sus formidables recursos, asociando las medicinas con otros distintos productos alimenticios, ha podido realizar gastos de muchos millones de dólares para llegar a presentar nuevos remedios para las humanas dolencias. Explica la admirable organización técnica y científica para la comprobación minuciosa de todos los medicamentos, química y terapéuticamente, estableciendo equipos detécticos con la máxima garantía universitaria y oficial. A este propósito dice que en la O. N. U. se ha llegado en las especializaciones a la creación de equipos especializados en estupefacientes, en insecticidas y, así, en otros medicamentos y productos relacionados con la Sanidad.

Trata luego de los antibióticos debidos a científicos que han sido galardonados con el Premio Nobel, entre otros Fleming, descubridor de la penicilina después de largos años de experimentaciones y de contar con la valiosa colaboración de otros especialistas de Oxford, que, de etapa en etapa, llegaron a la cristalización y a la obtención industrial para su producción en gran escala, que ha permitido extender sus saludables efectos rápidamente por todo el mundo. A este propósito encomia la sencillez y humildad de este sabio, que no desdeñó la colaboración de otros científicos que cooperaron con gran eficacia en estos descubrimientos. Enumera una porción de medicamentos derivados de este famoso antibiótico; pero demuestra que, no obstante, son la penicilina y la estreptomicina los dos que mantienen su enorme consumo, muy superior al de las demás especialidades de ellos derivadas. Señala algunas dificultades que se encuentran para la acertada aplicación de tantas especialidades, y de su combinación entre sí y con otros productos, hasta que se llega a tener una larga experiencia terapéutica.

Habla de las nuevas drogas que afectan a la parte mental de los enfermos, y expone los peligros que entraña esta orientación de la Medicina, que no es una ciencia matemática, sino biológica y, por tanto, con efectos imprevisibles que ponen a prueba la capacidad y el prestigio del médico. Dice que la Medicina está en un período de transición, en el que se imponen las especializaciones, pero sin olvidar la necesidad de los médicos de conjunto, y se muestra partidario de una formación «humanística» para el ejercicio de la Medicina.

Termina presentando unos datos sobre el descenso de mortalidad logrado en dos países bien distintos: en Suiza y en España; la primera, en 1925, tenía un índice de mortalidad del 13 por mil, y España, el 20; pero en el 1955 Suiza bajó a 9, y España, a 9'5, lo cual demuestra que algo hay, aparte de los medicamentos, y esto es la formación técnica y humanística de los médicos españoles.

El docto conferenciante fué calurosamente aplaudido al final de su magnífica disertación.

REAL ACADEMIA DE MEDICINA

En la sesión celebrada el día 30 de abril, bajo la presidencia del doctor Oliver Rubio, presentó un documentadísimo trabajo sobre «Dermatomicosis por levaduras» el doctor don Eduardo de Gregorio, aportando su dilatada experiencia en esta materia y acompañando su exposición con una notable iconografía de casos personales.

El doctor Zubiri (A.) intervino acertadamente, así como el doctor Oliver, señalando el recrudecimiento de estas afecciones como consecuencia de estados de disbacteriosis.

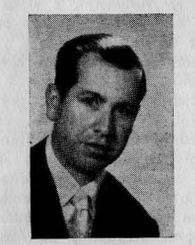
A continuación, el presidente, doctor Oliver Rubio, expuso su trabajo sobre «Disfunciones hormonales» y su amplitud y repercusión en la clínica.

Su interesante aportación fué glosada por los doctores Mateo Tinao y Pérez Argilés.

BRILLANTE CONFERENCIA DEL DR. MOZOTA, EN EL HOSPITAL MILITAR

En el Seminario de nuestro Hospital Militar, dió una notable conferencia el jefe del Servicio de Urología, comandante don Saturnino Mozota.

Presidió el general de Sanidad Militar de esta Región, excelentísimo señor don Leandro Martín Santos, acompañado de los directores del Seminario, doctores Royo, Gimeno, Olivares y Rivera.



El doctor Mozota, con gran aportación de datos, hizo una exposición completa sobre el tratamiento de tumores vesicales, en sus tres aspectos: medicamentoso, fisioterápico y quirúrgico.

Trató de las cistectomías parciales y totales con sus distintos métodos, haciendo en conjunto un estudio acabado sobre la materia.

Hablaron después, entre otros: el doctor Faro, para recordar que la primera operación de empleo de asa sigmoidea como nueva vejiga la realizó en Zaragoza el doctor Mozota, lo cual significaba un motivo de satisfacción para él y de legítimo orgullo para el Cuerpo de Sanidad Militar.

El doctor don Fernando Lorente expresó la posibilidad de metástasis óseas en los tumores vesicales.

También intervinieron con acierto los doctores Calvo-Bernad, Blanco, Jiménez-Junza y Morandeira, que expusieron aspectos de su experiencia personal.

Cerró el acto, con breves y elocuentes palabras, el general Martín Santos, para felicitar al doctor Mozota y a cuantos habían intervenido en tan interesante sesión científica.

CONFERENCIA DEL DR. MATICH

El día 5 del actual, en el salón de conferencias de la Excma. Diputación Provincial, pronunció una conferencia el doctor Zvnimir P. Matich, sobre el tema «Concepto quirúrgico de la estenosis aórtica».

Dió comienzo a su disertación haciendo unas interesantes manifestaciones en relación con la cirugía cardíaca. Después de un breve repaso clínico de la estenosis aórtica, se ocupó ampliamente de las indicaciones y contraindicaciones quirúrgicas de la misma lesión.

Pasó a continuación a explicar diferentes técnicas operatorias, con sus ventajas y desventajas, y aportó al final su estadística personal, de la que se desprende un éxito rotundo, a la vez que resulta ser primera y única de esta clase en Zaragoza.

El conferenciante fué muy aplaudido.

CONFERENCIA DEL DR. VICENTE CARCELLER

Recientemente, en la sesión celebrada por la Academia Deontológica de la Hermandad de San Cosme y San Damián, el día 26 de abril, pronunció una interesantísima conferencia, plena de erudición, densidad de conceptos y profundo sentido deontológico y humano, el ilustre tocoginecólogo y colaborador de esta revista doctor don Mariano Vicente y Carceller, tratando, con el título «Sentido deontológico profesional»,

una verdadera síntesis de la ciencia del deber en el ejercicio médico, y fundamentando sus directrices científico-espirituales en palabras de destacadas personalidades universitarias.

Su magnífica disertación será publicada en estas páginas, para guía y aleccionamiento en los múltiples problemas planteados por el ejercicio profesional.

HOMENAJE A LOS GENERALES DE SANIDAD MILITAR, DOCTORES MARTÍN SANTOS Y SALARRULLANA

El día 30 de abril, en el restaurante »Savoy», se celebró un homenaje de cordialísima despedida al general Martín Santos, trasladado al Ministerio, y al general Salarrullana, que viene a ocupar su puesto en la Jefatura de Sanidad Militar de la 5.ª Región.

El acto constituyó una expresión de auténtica hermandad entre los médicos militares y civiles.

El homenaje tuvo una cordialidad excepcional, porque el general Martín Santos, cirujano insigne, ex presidente del Colegio de Médicos de San Sebastián, ha tomado carta de ciudadanía en Zaragoza con su adhesión y presencia personal en todas las manifestaciones médicas zaragozanas. Bajo su mando, y siguiendo la iniciativa de nuestro capitán general, ha sido inaugurado nuestro magnífico Hospital Militar y ha fundado el Seminario para destacar la competencia científica de nuestros médicos militares.

El doctor Salarrullana, de abolengo universitario en Zaragoza, ha desempeñado la mayor parte de sus destinos militares en nuestra ciudad y ha destacado por sus cualidades de competencia y simpatía, además de por su prestigio científico en el ejercicio activo de la Medicina.

Presidió el banquete el capitán general, señor Baturone, con las representaciones civiles y militares, muy numerosas, que se sumaron al acto.

Hizo el ofrecimiento, en frases de gran cordialidad, el coronel director del Hospital Militar, señor Sánchez Contreras, que elogió la personalidad de los homenajeados y agradeció la presencia de los médicos civiles.

Contestaron brillantemente los homenajeados. El doctor Salarrullana, con palabras de gratitud para el capitán general y todas las representaciones presentes. El doctor Martín Santos, expresando su afecto a Zaragoza y su emoción por la compenetración absoluta de que había sido testigo entre los médicos civiles y militares, destacando el apoyo recibido del capitán general para lograr el funcionamiento del nuevo Hospital Militar, y terminando ofreciéndose a todos en su nuevo destino.

El decano de la Facultad de Medicina, doctor Civeira, expresó la adhesión de los médicos al acto que se celebraba y su afecto a los militares y universitarios.

Cerró el acto, elocuentemente, el teniente general señor Baturone, que tuvo frases de gran elogio para la labor extraordinaria de los médicos militares, tanto en los cuarteles como en el Hospital Militar. Expresó su satisfacción por haber logrado el funcionamiento de este nuevo centro, orgullo de España, para que los médicos puedan desarrollar su labor con los medios modernos de la ciencia. Elogió al general Martín Santos por la gran actuación que tuvo en la Cruzada como jefe de Sanidad del Ejército del Norte, y la que ha tenido en Zaragoza. Tuvo también palabras de elogio para el general Salarrullana, cuyas dotes de mando conoce y que responde a su brillante historia militar. Agradeció la presencia de las representaciones médicas civiles y terminó reiterando su aplauso al Cuerpo de Sanidad Militar por la benemérita actuación que realiza al servicio de España.

NOTABLE ACTUACIÓN DEL DR. D. JULIO BRAVO, EN LA INSTITUCIÓN «FERNANDO EL CATÓLICO»

En el salón de sesiones de la Excma. Diputación Provincial tuvo lugar la conferencia del doctor don Julio Bravo, jefe de la Sección de Propaganda de la Dirección General de Sanidad, quien trató el tema «La educación sanitaria de la población, con especial preferencia a la lucha contra el cáncer», organizada por la Sección de Estudios Médicos Aragoneses de la Institución «Fernando el Católico».

El doctor don Eduardo de Gregorio hizo la presentación del orador. El acto estuvo presidido por los doctores don Jaime Dolset; don Federico Bravo, jefe provincial de Sanidad; don Enrique de la Figuera, en representación de la Facultad de Medicina.

Después de dedicar la primera parte de la conferencia a hacer comentarios y observaciones sobre la técnica de la educación sanitaria de la población, pasó a ocuparse de la divulgación de la lucha contra el cáncer.

Señaló, no obstante, la conveniencia de que el profano tenga idea de ciertos signos sospechosos, no para asustarse sin motivo, sino para acudir al médico cuanto antes, ya que sólo el médico sabrá darles la justa interpretación.

Hizo hincapié en que, hoy por hoy, el arma eficaz de la lucha contra el cáncer es el diagnóstico precoz, y afirmó que la mejor manera de facilitarlo sería introducir en la práctica médica y en las costumbres el sistema del examen médico de todo individuo en estado de salud aparente.

El médico debe pensar más a menudo en el cáncer, aunque no sea más que para descartarlo. El citodiagnóstico facilita en muchos casos el diagnóstico precoz, pero hay que encomendarlo a los que lo practican y lo dominan.

En resumen: que el diagnóstico precoz es fundamental para poder llevar a cabo un tratamiento precoz, y que, conjugados, proporcionan el mayor número de curaciones.

Termina su conferencia exaltando la magnífica labor que está desarrollando la «Asociación Española contra el Cáncer», labor que merece el apoyo más generoso.

Al terminar su brillante disertación, el doctor Bravo fué muy aplaudido por el numeroso y selecto público que llenaba el salón.

Cerró el acto el doctor Dolset, en funciones de presidente de la Excma. Diputación Provincial y delegado de la S. E. M. A., con unas palabras de agradecimiento y felicitación a su documentada y amena disertación.

HOMENAJE EN MEMORIA DEL DR. CONDE ANDRÉU

En la Facultad de Medicina se celebró un homenaje en memoria de don José Conde Andréu, catedrático que fué de Anatomía y Técnica anatómica y vicedecano de la Facultad.

El acto tuvo como marco el aula donde explicaba sus lecciones, que se encontraba totalmente llena. Ocuparon la presidencia el rector de la Universidad, don Juan Cabrera; el decano de la Facultad de Medicina, doctor Civeira, y los profesores de la misma.

Ofreció el homenaje el estudiante señor Querejeta, quien, tras descubrir la lápida, pronunció unas palabras en recuerdo del profesor Conde Andréu.

Le contestó, en nombre del claustro, el decano de la Facultad de Medicina, doctor Civeira, quien, en emocionadas frases, hizo una breve semblanza del homenajeado, y expuso la satisfacción que le proporcionaba este recuerdo que los estudiantes dedican a un catedrático fallecido.

VIDA MEDICA NACIONAL

EL DOCTOR GARCÍA ORCOYEN RECIBE LA CRUZ DE ALFONSO X EL SABIO

El Gobierno español ha concedido la Gran Cruz de la Orden de Alfonso X el Sabio, al doctor don Jesús García Orcoyen, director general de Sanidad.

La preciada condecoración viene a premiar la ingente labor que el ilustre médico ha realizado a lo largo de su brillante carrera. Desde estas columnas le enviamos nuestra más sincera y efusiva felicitación.

V REUNIÓN DE SANITARIOS ESPAÑOLES

Durante los días 20 al 23 de abril, y con asistencia de un millar de médicos y farmacéuticos del Estado, procedentes de todas las provincias españolas, se ha celebrado en Madrid, presidida por el señor ministro de la Gobernación, don Camilo Alonso Vega, la «V Reunión de Sanitarios Españoles», que celebró sus sesiones en la Ciudad Universitaria.

En el acto inaugural, y después de los discursos oficiales, habló el director general de Sanidad, profesor García Orcoyen, quien agradeció la presencia del ministro y dijo que iba a ser portavoz de los anhelos y preocupaciones de los sanitarios, que no son de orden personal ni de clase, sino de honda vocación y profundo sentido de responsabilidad.

La finalidad, inicialmente atribuída a la Sanidad, ha ido ambientándose a los postulados adecuados a su propia eficacia.

Hoy día, cuantas medidas preventivas, asistenciales, higiénicas y rehabilitadoras afectan a la salud, caen en el ámbito de una sanidad moderna.

Es necesario el replanteamiento a fondo de este problema, teniendo en cuenta la obligada relación con la actual estructura social, posibilidades económicas del país, modernización de las instituciones y utilización de los profesores sanitarios.

La Sanidad nacional ha realizado exclusivamente la acción preventiva que ha conducido a nuestro país a situarse en el grupo de los más avanzados en cuanto a la lucha contra las enfermedades evitables. Todo ello con recursos moderados.

El costo de enfermedades evitables impone una carga abrumadora a la sociedad, y toda medida que pueda adoptarse para aliviarla no sólo disminuirá sufrimientos sino que aumentará la productividad y fomentará la prosperidad.

En estas reuniones se presentan ponencias que recogen con claridad estos conceptos. En los países más adelantados, siguiendo la política sanitaria preventiva, dirigida y activa, acometen la ambiciosa empresa de realizar una prospección médica de la totalidad de su población investigando en ella su estado de salud.

En un devenir inmediato, una campaña de higiene mental puede constituir una orientación trascendental.

Se refiere a la población española llamada de Beneficencia y a las instituciones hospitalarias, y dice que el estudio de los aspectos de la Medicina asistencial fué efectuado magistralmente en la última IV Reunión de Sanitarios.

Terminó diciendo que se precisa una asistencia al enfermo, pero acompañada del propósito de la reintegración social del individuo, apartado por su enfermedad o accidente. Saludó a los congresistas y rogó al ministro que transmitiera la adhesión de éstos al Jefe del Estado. Fué largamente aplaudido.

En esta reunión, los temas han sido concretados en tres puntos fundamentales: Esquema sanitario asistencial de los grandes núcleos de población, estudio higiénico-sanitario de la atmósfera y de las medidas contra la polución, y, por último, plan de organización de la Sanidad ambiental.

Hubo también una Exposición, instalada en el mismo edificio, en la que en planos, maquetas y gráficos se detalla toda la labor sanitaria, en sus distintos aspectos, desarrollada en estos últimos veinte años.

Nuevamente, en la sesión de clausura, volvió a hablar el doctor García Orcoyen, para exponer la significación, ambiente y métodos de esta quinta reunión, de la que dijo que no es un hecho aislado en la labor de la Sanidad nacional; se trata de la reanudación de contactos entre los componentes sanitarios, y los temas se han discutido con pasión por hombres conocedores de estos problemas y deseosos de realizar un servicio.

Cerró el acto el subsecretario de la Gobernación, señor Rodríguez de Miguel, quien leyó el mensaje del ministro de la Gobernación, don Camilo Alonso Vega, al que obligaciones ineludibles le impiden asistir, y hace historia de los fundamentos y orígenes de las instituciones hospitalarias y del concepto de caridad, cambiado por el de asistencia, encomiando la labor de los sanitarios y su prestigio profesional.

Añade que las ponencias han sido cuidadosamente estudiadas por él, y espera que las conclusiones perfilen más el espíritu de las clases sanitarias. Tiene fundadas esperanzas en ellas y en el reajuste de jurisdicciones que deben evitar dispersión de funciones, servicios y medios.

REUNIÓN EN MADRID DE LAS REALES ACADEMIAS DE DISTRITO

Convocados por la Real Academia Nacional de Medicina de Madrid, se han reunido representantes de todas las Reales Academias de Medicina de Distrito, bajo la presidencia del doctor Palanca.

Se abordaron temas de extraordinaria importancia en los órdenes cultural, científico y económico, referidos a los comunes problemas y al afán de ensanchar los cauces del estudio científico que son normativos de estas Corporaciones.

En consecuencia, se llegaron a formular una serie de conclusiones, que serán elevadas a los poderes públicos, con el fin de conseguir los altos fines que en pro de la cultura y de la ciencia patria persiguen los organismos que constituyen.

DISTINCIÓN AL DR. FERNÁNDEZ-RUIZ

El Ministro de la Gobernación, con fecha 14 de abril, ha concedido al doctor don *César Fernández-Ruiz* la Encomienda con placa de la Orden Civil de Sanidad.

Mucho nos complace esta distinción merecidísima al ilustre ginecólogo director de la Maternidad de Palencia y académico de la Real de Valladolid, pues viene a confirmar oficialmente el generoso esfuerzo y tesón demostrado en sus campañas en favor de la Sanidad española y en la Deontología profesional.

Al dar esta noticia, que tanto nos satisface, le expresamos también nuestra cordial felicitación.

EL DOCTOR MEZQUITA, NUEVO ACADÉMICO DE LA NACIONAL DE MEDICINA

En la última sesión celebrada por la Academia Nacional de Medicina ha sido nombrado académico de número de la sección de Anatomía, el catedrático jubilado de la Facultad de Medicina de Madrid don Daniel Mezquita Moreno.

Felicitamos cordialmente por tal nombramiento a esta gran figura médica.

ACTIVIDADES DEL INSTITUTO DE UROLOGÍA DE BARCELONA

Ha finalizado, después de una semana de trabajo intensivo, el XX Curso Monográfico para postgraduados, que versó sobre «Semiología y tratamiento de las cistopatías». El Curso, que ha sido dirigido por el doctor Puigvert, con la colaboración de todos los médicos del Instituto y de los profesores E. de la Peña (Madrid), F. Romero-Aguirre (Zaragoza) y J. Macías Godoy (Granada), tuvo un rotundo éxito, y nutrida concurrencia de médicos españoles y extranjeros, entre los que se contaban el profesor W. A. Shandro, de Edmontan Alberta (Canadá), doctor Viterbo Storry, de Río de Janeiro (Brasil), doctor Lamarche, de Bordeaux (Francia), y doctor Pinto Carvalho, de Lisboa (Portugal).

PROMOCIÓN BODAS DE PLATA 1934 DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID

Se ruega a todos los compañeros que terminaron la carrera en el año 1934, en Madrid, y a los que por ser de plan moderno terminaron en el año 1935, pero estudiaron con nosotros, se dirijan al apartado 9.030 de Madrid, doctor Martínez-Lázaro, dando cuenta de su residencia actual, de si pertenecen a la Promoción de 1934 o a la de 1935, y si tienen pensado asistir a las fiestas conmemorativas del vigésimoquinto aniversario de la terminación de carrera, que tendrán lugar en el próximo mes de junio, probablemente en la última semana.

CONFERENCIA DEL DR. MARTÍNEZ FORNÉS, EN BADAJOZ

En la Cátedra «Donoso Cortés», de aquella población, pronunció recientemente una notable conferencia, sobre el tema «Enfermedades respetables; evolución histórica del concepto», el prestigioso médico barcelonés doctor Santiago Martínez Fornés.

El acto fué presidido por el director del Instituto y alcalde de la ciudad, presidente del Colegio de Médicos y otras autoridades.

Dijo que todas las religiones identificaron la enfermedad como una maldición divina.

Las enfermedades infectocontagiosas hallaban en el mito de la maldición que se extiende a quien se acerca al enfermo, una plena teoría.

Relata un caso de tétanos —según el papiro egipcio de Edwin Smith— que se remonta a 2.500 años antes de Jesucristo, como proceso que, por ser mortal siempre, no debía ser tratado. Este abandono de los enfermos incurables todavía persistía en Hipócrates. Son los cristianos quienes prescriben la caridad de asistir al enfermo hasta el final.

Analiza la obra de Hipócrates y Parménides. Para Hipócrates, la enfermedad en su última esencia es siempre un proceso curativo y, en cierto modo, respetable. Refiere hechos de los siglos XVII y XVIII.

Se ocupa a continuación, con detalle, de la posible acción negativa del médico, en especial al tratar síntomas, situaciones o enfermedades compensadoras o de adaptación; o bien enfermedades coincidentes en que una enfermedad leve hace que la evolución de la otra —la más grave— sea benigna.

Expone varios ejemplos, muy claros, de estas enfermedades respetables.

Para el autor, muchos abortos se deberían a defectos congénitos del embrión. En estos casos, el aborto representaría el monte Taijeto de la Naturaleza.

Se detiene en la buena evolución de la tuberculosis en los enfermos hipotiroideos, y la gravedad de la tuberculosis al tratar el hipotiroidismo.

Termina con un estudio de la enfermedad como expresión —y, a veces, solución— de un estado de otro modo insoluble.

Al final, el doctor Martínez Fornés fué muy aplaudido y felicitado.

NUEVAS CONCESIONES DE LA ORDEN CIVIL DE SANIDAD

S. E. el Jefe del Estado ha concedido la Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad a don Víctor Villanueva Vadillo, don Vicente Díez del Corral Sánchez, don Angel Santos Ruiz, don Fernando Paz Espeso y don Juan Doménech Martín.

Felicitamos cordialmente a tan distinguidas personalidades de la Sanidad española.

RESULTADO DEL CONCURSO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Tema de la Dirección General de Sanidad: «El problema social de la invalidez».

Premio: A los doctores don Carlos Ballús y don Ramón Salas Vázquez, de Barcelona.

Accésit: Al doctor don Luis Pacheco Báez, de Bilbao.

Mención: Al doctor don Vicente Hernández Narros, de Zorita de la Frontera (Salamanca).

Tema Legado Roel: «Evolución de nuestros conceptos sobre profilaxia de la infección sifilítica».

Premio: Al doctor don Eduardo de Gregorio, de Zaragoza.

Accésit: A los doctores don Juan del Rey Calero y don José Antonio Rodríguez Morales, de Cádiz.

CONCURSO DE PREMIOS DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE GRANADA

Para el presente año, esta Real Academia convoca concurso de premios sobre los siguientes temas:

1.º «La Medicina en Granada durante el siglo XIX». Se concederá un premio de 1.500 pesetas a la memoria que resulte galardonada.

2.º «Geografía médica de un pueblo de la provincia de Granada». Se exceptúan Alquife, Algarinejo, Lanjarón, La Calahorra, Montefrío, Motril y Vélez Benaudalla, por estar hechas sus respectivas geografías.

A la memoria galardonada se le concederá un premio de 1.000 pesetas, de la Excma. Diputación de Gradana.

3.º «Geografía médica de un pueblo de la provincia de Málaga». Se exceptúan Coín, Fuengirola y Marbella, por estar hechas también sus respectivas geografías.

A la memoria galardonada se le concederá un premio de 1.000 pesetas, de la Excma. Diputación Provincial de Málaga.

Las bases que han de regir en dicho concurso son las siguientes:

Las memorias estarán escritas a máquina, a dos espacios, por una sola cara, y sin firma ni referencia alguna en su texto que pueda revelar con evidencia al autor, pudiendo ser este hecho motivo inapelable de recusación para el concurso.

Serán tituladas con un lema igual al que figure en un sobre cerrado, que se acompañará al trabajo, al ser presentado, y en cuyo interior constará el nombre y domicilio del autor.

El plazo de presentación de los trabajos terminará el día 30 de noviembre de 1959.

La concesión de los premios oficiales irá acompañada, para el respectivo autor, del nombramiento de académico corresponsal.

Los trabajos premiados quedarán propiedad de la Academia, y podrán ser publicados, si así se acordase, reservando cincuenta ejemplares para el autor.

En la solemne sesión inaugural del Curso 1960 se hará entrega a los autores premiados de los respectivos galardones, así como de los títulos de académicos corresponsales.

TERCER CURSILLO DE NEUROPSIQUIATRÍA

Este cursillo, dedicado especialmente a proporcionar información sobre algunos de los temas importantes de la moderna Neuropsiquiatría, tendrá lugar en el Hospital de San Pedro Claver, de Barcelona. Las lecciones se llevarán a cabo en el auditorio de dicho Hospital, con arreglo al siguiente programa:

Día 8 de mayo: «Personalidades psicopáticas».

Día 15: «Síndromes depresivos».

Día 22: «Nuevos fármacos en terapéutica psiquiátrica».

Día 29: «Los modernos timolépticos en el tratamiento de los síndromes depresivos».

Día 5 de junio: «Psicoterapia religiosa: sus bases científicas».

CURSO SOBRE CIRUGÍA DEL RECIÉN NACIDO

Del 21 de mayo al 10 de junio próximos se celebrará en el Hospital del Niño Jesús, para graduados en Medicina, el IX Curso sobre cirugía del recién nacido, deformidades, anomalías y tumores congénitos, con sesiones clínicas y operatorias, dirigidas por el doctor Garrido Lestache, en unión de sus colaboradores. La matrícula, gratuita, debe realizarse antes del 15 de mayo, en el Hospital, de diez a doce. Todos los asistentes recibirán el correspondiente certificado.

CURSO SOBRE APARATO DIGESTIVO, EN MADRID

Durante el mes de mayo tendrá lugar un curso para médicos, sobre «Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del aparato digestivo», dirigido por el doctor Arias Vallejo, en el Ambulatorio «Hermanos Aznar», del S. O. E., en Madrid.

Las sesiones se desarrollarán durante todas las mañanas laborables del citado mes, con un programa de conferencias extraordinario a cargo de los profesores y doctores Arias Vallejo, Carro, Díaz Marín, Esteban Márquez, Gallego Tejedor, Gándara Mazpule, Gimena, González Bueno, Gutiérrez Arrese, Hernando, Hidalgo Huerta, Marina Fiol, Mogena, Monereo, Oliver Pascual, Ortega Spotorno, Oya Salgueiro, Pablo de Sala, Pallardo, Pozuelo Escudero, Cuadros Tejeiro, Romeo Orbegozo, Torres González, Vega Díaz y Viesca.

Las prácticas clínicas, de exploración radiológica, rectoscópica, gastroscópica, de sondajes y de laboratorio aplicado, quedan a cargo de los médicos ayudantes del Servicio, doctores Alberdi Frías, Marcos Pérez y Suárez Pintado. Estos y los médicos becarios, doctores Barallobre, Carpio Barrios, Gilsanz Rico, González Campos, Hernández Guío, La Iglesia y Prat, expondrán diferentes puestas al día sobre los temas digestivos de mayor actualidad.

Las enseñanzas serán eminentemente prácticas, tomando parte activa los señores cursillistas, desde el primer momento, en el diagnóstico y tratamiento de los enfermos estudiados.

El número de plazas está limitado a quince. La inscripción es absolutamente gratuita, debiendo ser hecha, personalmente o por carta, antes del día 20 de abril, en la Secretaría del Curso, desempeñada por la señorita María Paz Casanueva, en el Ambulatorio Hermanos Aznar, calle de Modesto Lafuente, número 21, Madrid, de nueve a una. Los interesados deben hacer constar su edad y condiciones profesionales y formativas.

Los cursillistas recibirán al final un certificado de asistencia. Los trabajos del curso serán publicados en un libro, una vez terminado aquél.

JORNADAS DE LA «SOCIETÉ FRANÇAISE DE GYNÈCOLOGIE»

Bajo la presidencia del doctor M. Fabre, y organizadas con el concurso de la Compagnie Fermière de Vichy, tendrán lugar durante los días 19, 20 y 21 del próximo junio las sesiones correspondientes a esta reunión anual, celebrándose además un «symposium» sobre «Patología hepatovesicular y Ginecología».

Las inscripciones deben dirigirse al secretario general, doctor Robert Senechal, 31, Rue Raynouard, París (XVI). La cuota por persona es de 10.000 francos.

III CONGRESO MUNDIAL DE FERTILIDAD Y ESTERILIDAD

Organizado bajo los auspicios de la Asociación Internacional de Fertilidad (I. F. A.), tendrá lugar este Congreso en Amsterdam, durante los días 7 al 13 de junio.

Las inscripciones e informes pueden dirigirse al doctor L. I. Swaab, secretario general, Saint Agnieteustraat, 4, Amsterdam.

CURSOS DE ALTA CULTURA PARA EXTRANJEROS, EN PERUSA

La Universidad italiana para extranjeros, de la ciudad de Perusa, ha organizado, como en años anteriores, varios cursos.

Abarcan: Literatura, Artes Figuradas, Música, Historia, Filosofía, Pedagogía, Pensamiento Científico de Italia. Curso especial de Etruscología y de la antigüedad itálica. Curso preparatorio y medio de Lengua Italiana. Curso superior de Literatura Italiana, Historia Civil, Historia del Arte.

Estos cursos tendrán lugar desde abril a diciembre de 1959, y durante el desarrollo de los mismos se efectuarán conciertos, representaciones teatrales, excursiones a lugares famosos por arte, por bellezas naturales y por tradiciones.

Se entregarán certificados de asistencia, de Etruscología, de conocimiento de la lengua italiana, de habilitación para la enseñanza de la lengua italiana en el extranjero.

Pídanse los programas detallados a la Segretaria della Università Italiana per Stranieri, Palazzo Gallenga, Perugia (Italia).

DE PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

PERFILANDO LAS VIVIENDAS

La población de Madrid crece en ritmo desmesurado. El problema de su aposentamiento continúa acuciante. Para todos. Se trata de hallar soluciones en la construcción. No todas parecen favorables para los asociados de Previsión Sanitaria Nacional o sus allegados más próximos. Y el Consejo de Administración de la Mutualidad Sanitaria trata de buscarlas. Ya lleva tiempo con ello. Años. Y años difíciles. En reiterada insistencia. Ahora parecen aquéllas más reales. Se ha dado un gran paso para ello. Y definitivo. Se acaban de adquirir terrenos en emplazamiento que se considera de los mejores en los actuales momentos. El asociado de Previsión necesita fácil desplazamiento al centro de la urbe, con transportes económicos. Por el frente de los solares comprados, una gran manzana, la 4 bis del plan de urbanización de la zona, circula una línea de autobuses y otra de tranvías, con paradas enfrente. A menos de trescientos metros, es decir, a los tres minutos escasos de marcha, pasan otras tres líneas y se halla una estación del «metro» que comenzará a funcionar antes de finales de año. El emplazamiento es elevado, el mejor de Madrid, muy próximo a la plaza de Castilla, que forman, en convergencia, la prolongación de la avenida del Generalísimo o Castellana, la gran avenida de Chamartín de la Rosa o de Mateo Inurria, la de los Enlaces Ferroviarios y la carretera de Madrid a Irún o de Francia y varias calles más. Las fachadas de los edificios serán sobre modernísimas avenidas de más de 50 metros, en algún trozo rebasando los 65 metros; calles perpendiculares de 38 metros y grandes espacios intermedios ajardinables. Los terrenos parecen inmejorables. La inversión ha sido muy cuantiosa, y más, terminada la construcción total. Otra ventaja: aquéllos son rectangulares. Sin espacios muertos. Jardines, grandes garajes, cinematógrafo obligado, colegios, academias, establecimientos diversos, lo complementarán.

La realización del proyecto se estima interesantísima. Mas no cabe olvidar que no son lugares de trabajo. Los sanitarios precisan desplazarse ahora para ello. La forma del ejercicio profesional así lo requiere. Lo constituye la construcción de varios centenares de viviendas bonificables, de cuatro, cinco y seis habitaciones, más servicios. Lo suficiente para vivir. El proyecto desmenuzado se halla aún en estudio. Se oirán también opiniones de señoras, siempre muy convenientes.

Se pretende que las viviendas resulten económicas, dentro de su buena construcción, para hacerlas asequibles a los mutualistas. Se piensa intensamente en una fórmula económica que ayude a resolverlo. Como sencilla, la entrega a cuenta de una cantidad en el momento de formalizar el contrato, y luego, pagos mensuales al alquiler o arrendamiento. A su final, el piso pasa a ser propiedad del inquilino. No se han hecho todavía cálculos ni cifras. Lo que sí se pretende es obtenerlo en las condiciones más ventajosas para los mutualistas. Desde luego, sin perjuicio para los intereses y reservas de la Mutualidad. Estos son siempre intangibles y sacratísimos. El plan pretende desarrollarse con la máxima celeridad. Mas hay que contar por años. Los imponderables.

En el mes de septiembre se han celebrado varios Consejos dedicados exclusivamente al asunto. En ellos se puntualizaron condiciones para la adquisición de viviendas. Preferencia a los mutualistas más entusiastas. Sin limitación para los madrileños. Acceso a ellas de los hijos de los asociados...

Grande es la labor que se echa de nuevo el Consejo de Administración de la Mutual. Como lo fué la construcción de su edificio social. Sobre lo mucho que pesa en todas las actividades. Mas el entusiasmo por la idea, permitirá su feliz superación.

Dr. J. Luis Yagüe y Espinosa

EL DR. AJURIAGUERRA, PROFESOR DE LA UNIVERSIDAD DE GINEBRA

El Consejo suizo de Estado ha designado al profesor Julián Ajuriaguerra, discípulo del profesor L'Hermitte y profesor agregado de Neurología y Psiquiatría en la Facultad de París, para desempeñar la cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Ginebra.

El doctor Ajuriaguerra, nacido en Bilbao, cursó aquí su carrera y se doctoró en 1937, en París, donde obtuvo el Premio Dejerine. Después de ejercer diversos cargos clínicos, ha merecido esta honrosa distinción, que, como compatriotas, nos enorgullece.

MEDALLA DE ORO AL DR. VIBOREL

La Academia francesa de Medicina ha concedido la medalla de oro al doctor Lucien Viborel, como reconocimiento a su obra en favor de la lucha contra la tuberculosis.

Después de haber formado parte de la Misión Rockefeller en Francia, que dedicó un impulso eficaz a la organización de prevenir esta enfermedad, el doctor Viborel fué nombrado director del Departamento de Educación del Comité Nacional de Defensa contra la Tuberculosis.

El profesor Calmette le encargó, en 1924, de la campaña educativa en favor de la vacuna preventiva contra la tuberculosis.

Fué después director del Centro Nacional de Educación Sanitaria, Demográfica y Social, del Ministerio de Sanidad, y a él se debe la creación de la Unión Internacional para la educación sanitaria de la población.

SELLO CONMEMORATIVO DE LOMBROSO

A propuesta del ministro italiano señor Simonini, la Dirección de Correos ha acordado la emisión de un sello conmemorativo de César Lombroso, en el quincuagésimo aniversario de su muerte.

NECROLOGÍA

EL PROFESOR H. VILLARD

En Montpellier, a la edad de 90 años, ha fallecido el profesor *Henri Villard*, notable oftalmólogo que durante muchos años desempeñó con acierto la cátedra de esa especialidad. Fué ponente de la Sociedad Francesa de Oftalmología, ocupándose entonces del cateterismo lagrimal. Ha dejado numerosos trabajos sobre conjuntivitis, tracoma, xantelasma, quemaduras por ácido sulfúrico, avitaminosis, etc. Ha publicado una «Historia de la Oftalmología» y otros trabajos y temas en la gran *Encyclopedie Medico-Chirurgical*. Su bondad, inteligencia y rectitud moral fueron irreprochables. La Oftalmología francesa ha perdido con él un notable defensor.

EL DOCTOR ALMEIDA RIBEIRO

En Coimbra, ha fallecido el profesor doctor don Fernando de Almeida Ribeiro, Director del Instituto de Medicina Legal de aquella Universidad, y una de las figuras más prestigiosas de la nación vecina y publicista muy notable.

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MEDICA LOCAL

BODAS DE ORO DE LA PROMOCIÓN MÉDICA DEL AÑO 1909

El día 16 de mayo se reunieron en Zaragoza los médicos de la promoción de 1909, que cumplían, por tanto, sus bodas de oro profesionales.

Los reunidos fueron: don Eusebio Navarro Pablo, don Simón Blasco Salas, don Fernando Marzo Arbeiza, don Juan Ramón Bosqued Angosto, don Bienvenido Calvo Marín, don Martín Moliner Clemente, don Mariano Pons Pardo y don José Almarza.

Por la mañana asistieron a una misa en la capilla de la Facultad de Medicina, aplicada por el eterno descanso de los catedráticos y compañeros fallecidos. El claustro de la Facultad les obsequió con un desayuno.

Después estuvieron en el Pilar y realizaron una visita a la ciudad.

A la una de la tarde fueron recibidos en el Colegio Oficial de Médicos. El presidente, doctor Celma, les dirigió cariñosas palabras de felicitación, dedicando párrafos especiales al general de Sanidad doctor Marzo —uno de los muchos médicos militares que, como los coroneles Iñigo y Forés, han destacado en la organización colegial— y a don Eusebio Navarro, colegiado de honor, no sólo por los beneméritos servicios prestados en Daroca, sino por los que, ya jubilado, ha prestado a los médicos titulares, obteniendo reivindicacioones económicas concedidas por su hijo el excelentísimo señor ministro de Hacienda.

Contestaron en frases muy expresivas el general de Sanidad doctor Marzo y don Eusebio Navarro, destacando la labor callada y difícil de los Colegios Médicos.

Los reunidos acordaron dirigir telegramas de gratitud al ministro de Hacienda y al director general de Sanidad.

A mediodía, los médicos se reunieron en un fraternal almuerzo, al que asistieron el vicedecano de la Facultad de Medicina, doctor Lafiguera, y los catedráticos señores Ramón-Vinós y Lozano, estos últimos hijos de catedráticos de los reunidos.



Los médicos que han celebrado sus bodas de oro, acompañados del presidente del Colegio, Dr. Celma, y del secretario general, Dr. Faro. (Foto Lozano.)

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Esta Sociedad Ginecológica celebró sesión el día 23 del pasado, en el salón del Colegio de Médicos, bajo la presidencia del doctor don Luis Jiménez, y en el curso de ella presentó una comunicación el doctor don José Rivera Ramos, tratando sobre «Tratamiento de la dismenorrea».

Resumiendo su magnífica disertación, afirmó que la dismenorrea es un síntoma muy frecuente, muy molesto, ya que se repite pediódicamente, a veces cada quince o veinte días, que ataca sobre todo a la mujer joven, que hace perder muchas horas de trabajo y que tiene un difícil tratamiento.

Hace referencia a la dismenorrea primaria o esencial, unas consideraciones etiopatogénicas y una enumeración y crítica de los distintos tratamientos empleados, deteniéndose en el hormonal por estrógenos, progesterona, andrógenos y gestágenos, psicoterapia y el tratamiento quirúrgico de dilatación de cuello uterino e intervenciones sobre el plexo presacro. Hace un comentario sobre el matrimonio como curativo de la dismenorrea, siendo muy aplaudido al terminar su disertación.

Intervinieron en la discusión los doctores A. Ramón Vinós, J. Las Obras Loscertales, R. Delgado y C. Soriano, terminando el acto con unas palabras del presidente, doctor Jiménez, de aclaración al tema y felicitación al doctor Rivera.

SESIÓN CIENTÍFICA DEL COLEGIO DE ODONTÓLOGOS

El pasado día 23 de mayo, y organizada por la Comisión Científica del Colegio de Odontólogos de la Sexta Región, se celebró, en el salón de actos del Hospital Provincial, una sesión científica de gran interés profesional.

Los doctores don Manuel Fonseca Lamedo, don Baldomero Sol Felip y don Gregorio Ruiz Buitrago versaron sobre «Diagnóstico en parodoncia», el primero; «Anestesia regional en odontología», el segundo, y «Cordales incluídos», el tercero, siendo estas dos últimas comunicaciones de tipo práctico. La proyección de una película de habla inglesa, sobre «Prótesis parciales modernas», y la de una valiosa colección de diapositivas, sobre temas de «Parodoncia», completaron esta interesante manifestación del arte dental.

NECROLOGÍA

En plena madurez, y tras larga enfermedad sobrellevada con gran entereza y espíritu cristiano, falleció el día 15 del pasado el doctor don *José María Julián Gil*, uno de los más destacados especialistas en neuropsiquiatría de esta capital.

Nacido en Rodena (Teruel), se licenció en nuestra Facultad y se doctoró en Madrid, formándose en la especialidad al lado de Sanchís Banús y después, durante dos años, en Viena, con Margburg.



Intervino activamente en política como diputado en las Constituyentes, representando a Acción Popular, siendo por este motivo muy perseguido en el Madrid rojo, teniendo que emigrar a Chile, en cuya Embajada se había refugiado.

Hombre de extraordinaria simpatía, de gran inteligencia y capacidad de trabajo, fundó un sanatorio neuropsiquiátrico privado, en el que desarrolló una gran labor. Tiene diversas publicaciones y conferencias en revistas de la especialidad, y ha intervenido activamente en congresos. Su pérdida significa para la Medicina aragonesa un gran vacío, y para nosotros, la de un gran amigo y un compañero irreemplazable.

El día 23 de mayo falleció, a los 79 años de edad, el doctor don *Angel Mateo Gil*. Médico competente y cumplidor celoso de su deber, su vida fué una constante manifestación de ética profesional y de virtudes humanas, cristianamente profesadas.

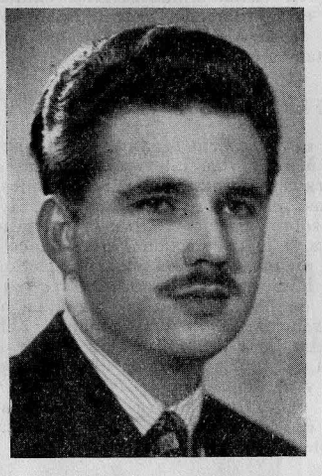
Transmitimos a su hijo, el profesor Mateo Tinao, y a su hijo político, don Manuel Roncalés, nuestra sincera manifestación de condolencia.

También el 29 del pasado dejó de existir el doctor don *Ladislao Sáenz de Cenzano Castejón*, que fué subdelegado de Medicina y profesor de Higiene y Bacteriología en esta Facultad de Medicina, donde actuó muchos años y se granjeó la estimación y el afecto de sus alumnos. Descanse en paz.

EL DOCTOR GUILLÉN, PROFESOR ADJUNTO DE PATOLOGÍA GENERAL

En reñidas oposiciones, ha obtenido brillantemente la plaza de profesor adjunto de Patología General el doctor don Gabriel Guillén Martínez.

El doctor Guillén ha cursado sus estudios en nuestra Facultad de Medicina, obteniendo las máximas calificaciones. Ganó en 1952 el «Premio Cajal» de Anatomía, y en 1953 la oposición a alumno interno pensionado de Patología General.



En 1956 realizó el examen de licenciatura con la calificación de premio extraordinario, y en 1958 obtuvo, por oposición, la plaza de médico interno pensionado de Patología General, siendo además profesor ayudante de Clases Prácticas de la misma asignatura. En el mismo año leyó su tesis doctoral, obteniendo el premio extraordinario de doctorado.

Es colaborador asiduo de esta revista, en la que ha publicado diversos trabajos de investigación. Entre sus publicaciones figuran: «Método para la determinación de amilasa en sangre y en orina», «Consideraciones sobre cuatro casos de plasmocitoma», «Estudio de la fisiología de la absorción intestinal» y «Fisiopatología de las lipoproteínas plasmáticas», trabajo para cuya realización fué pensionado por el Ministerio de Educación Nacional.

Felicitamos muy efusivamente al doctor Guillén por este triunfo, que tanto nos satisface, y que supone un paso más en su brillante carrera.

NUEVO DOCTOR

El doctor don Pedro Arnal Arambillet ha leído recientemente su tesis doctoral en nuestra Facultad de Medicina, obteniendo la calificación de sobresaliente.

El trabajo llevaba por título: «Ensayos clínicos y experimentales con las nuevas sulfamidas y derivados sulfamídicos de acción hipoglucemiante».

INGRESO DEL DOCTOR OCA EN LA REAL ACADEMIA

La Real Academia de Medicina y Cirugía del Distrito de Zaragoza celebró el día 24 sesión extraordinaria en sus locales de las Facultades de Medicina y Ciencias, para recibir al académico electo don José Oca Pastor.

Presidió el acto el presidente de la Corporación, doctor don Francisco Oliver Rubio, sentándose a ambos lados el general de Sanidad Militar doctor Salarrullana; teniente coronel de Sanidad del Ejército del Aire doctor Montañés, éste en representación del teniente general jefe de la Región Aérea, excelentísimo señor don José Lacalle, y el secretario perpetuo de la Real Academia, doctor De Gregorio y García Serrano.

El nuevo académico, señor Oca Pastor, pronunció una brillante y científica disertación sobre el tema «Fármacos con núcleo derivado del ciclo pentanoperhidrogenantreno», demostrando su documentadísima preparación.

Contestó al señor Oca Pastor el académico numerario don Joaquín Midón Andía, siendo ambos muy aplaudidos por el público que llenaba el salón de actos.

Finalmente, el doctor Oliver Rubio, tras de saludar al nuevo académico, le impuso a éste la medalla de la Corporación.

BRILLANTE CONFERENCIA DE DON GINÉS PARRA

El 6 del actual pronunció una conferencia sobre «La Inquisición en la Medicina del siglo XVI» el presidente de la Audiencia Territorial, don Ginés Parra. Ocupó la presidencia el presidente de la Real Academia de Medicina, doctor don Francisco Oliver Rubio, acompañado por el presidente de la Excelentísima Diputación Provincial, doctor Zubiri; conferenciante; presidente de la Audiencia Provincial, señor Tejada; rector de la Universidad, doctor Cabrera Felipe; fiscal de la Audiencia Territorial, señor Ruiz de Luna, y doctor Malumbres. Los sillones de los académicos estaban totalmente ocupados, y llenaba la sala numeroso público.

Hizo la presentación del conferenciante el doctor Oliver Rubio, que expresó su satisfacción por el hecho de hallarse entre ellos un representante tan ilustre del foro. Trazó una breve y acertada biografía del señor Parra, resaltando su formación jurídica, escolástica y católica.

El orador respondió al doctor Oliver manifestando que se sentía honrado por la gentileza de sus palabras. Correspondió a los elogios con su gratitud y admiración hacia su personalidad científica y valores humanos.

El conferenciante describió amenamente el hallazgo de un libro, escrito en 1576, en la botica de sus abuelos y que sirve de base para su conferencia. El libro contiene una nota aclaratoria que dice textualmente: «Expurgado por le comisión de los Inquisidores de Granada». Las tachaduras de los inquisidores fueron vencidas por la tinta impresa

y aparecieron los párrafos expurgados. Su autor es el doctor Andrés Laguna, el máximo representante español de la Medicina en el Siglo de Oro. El señor Parra situó históricamente al famoso galeno, traductor de Dioscórides, e hizo un estudio detallado de las circunstancias en que murieron varias de las reinas españolas de la época, para sacar conclusiones interesantísimas. La Inquisición, al expurgar este libro, corregía errores y no adoptaba una postura intransigente como defienden los autores de la leyenda negra.

A lo largo de su conferencia, el señor Parra, siempre con un estilo elegante y ameno, fué analizando varios párrafos del texto del doctor Laguna, sacando conclusiones históricas interesantísimas, que fueron calurosamente aplaudidas por el selecto público que llenó completamente el salón de sesiones.

LOS DRES. ECHEVERRÍA MARTÍNEZ Y ADOLFO MUÑOZ TRATARON DE LA TERAPÉUTICA DE LA ARTERIOESCLEROSIS

Nuevamente el día 11 del corriente se reunió la Corporación para escuchar la conferencia de los doctores don Emiliano Echeverría y de don Adolfo Muñoz, que ambos expusieron magistralmente, en su parte etiológica y clínica, el primero, y el segundo, en su parte histoquímica, sobre el tema «Nuevas aportaciones a la patogenia y terapéutica de la arterioesclerosis», haciendo un estudio completísimo y quedando pendiente la discusión para la próxima sesión.

BODAS DE PLATA DE LA PROMOCIÓN DE 1934

Los médicos que acabaron la carrera en nuestra Facultad de Medicina hace veinticinco años, han celebrado en nuestra ciudad una serie de actos conmemorativos de sus bodas de plata.

El día 11, en la Facultad de Medicina, tuvieron un acto académico con sus antiguos profesores, presididos por el actual decano, doctor Civeira. En nombre de la promoción habló el doctor don Vicente Peg, y a continuación el doctor don Antonio Lorente Sanz desarrolló una magnífica lección. Después recorrieron las nuevas instalaciones de la Facultad, de las que hicieron grandes elogios. A continuación se reunieron en una comida de hermandad en el Hotel Centenario. Por la tarde hicieron un recorrido por la ciudad y visitaron la Residencia sanitaria del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

Más tarde asistieron a una sesión cinematográfica en el Cine Palafox. Por la noche, en el Gran Hotel, celebraron la cena oficial, presidida por el decano de la Facultad de Medicina, doctor Civeira; profesores Ramón-Vinós, Lorente y Fairén; presidente del Colegio de Médicos, doctor Celma; secretario, doctor Faro, y distinguidas damas y señoritas. Hizo el ofrecimiento la señorita Pilar Alfaro, con palabras elocuentes de elogio a la Facultad y a sus antiguos profesores. Contestaron en términos de gran cordialidad los doctores Fairén y Ramón-Vinós. Cerró la fiesta un gran festival de jota aragonesa.

El día 12 oyeron misa en el Pilar, oficiada por el canónigo doctor Hombría, que pronunció una elocuente plática. Al final fué rezado un responso por los profesores y compañeros fallecidos.

A las dos celebraron una comida de despedida en el restaurante Savoy. Y el día 13 salieron para Poblet, Costa Brava y Montserrat, con visitas a laboratorios catalanes.

En esta promoción figuran prestigiosos médicos de la Medicina zaragozana, a los que felicitamos cordialísimamente.

CONFERENCIAS DIVERSAS

En el *Seminario Médico*, en el nuevo Hospital Militar, han intervenido en las sesiones celebradas, pronunciando interesantes conferencias: el doctor don Jesús Herráiz Remacha, sobre «Lucha contra la mortalidad infantil», y el doctor don Félix Blanco García, sobre el tema «Fisiopatología del climaterio».

En la *Sección de Estudios Médicos Aragoneses* se han pronunciado también notables conferencias: el doctor Fernando Zubiri, sobla «La flora de Indias»; la doctor P. Marcellán, sobre «Avances en el estudio del cáncer», y el doctor Francisco Romero Aguirre, sobre «Cirugía selectiva de la próstata». La falta de espacio nos impide comentar estas notables aportaciones.

CURSILLO SOBRE ONCOLOGÍA

La Sección de Estudios Médicos Aragoneses, de la Institución «Fernando el Católico», organizó un cursillo, que se celebrará en el *auditorium* del Hospital Provincial de Nuestra Señora de Gracia, del 18 al 22 del actual, sobre Cancerología y con arreglo a los siguientes títulos:

«Consideraciones sobre el cáncer cutáneo», por el doctor Eduardo de Gregorio; «Estado actual del tratamiento quirúrgico del cáncer laríngeo», por el doctor José María Bermejo; «Diagnóstico precoz del cáncer gástrico», por el doctor Mené; «Cáncer del colon», por el doctor Duplá, y «Clínica terapéutica del carcinoma de la mama», por el doctor Val-Carreres.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE BROMATOLOGÍA

Esta entidad celebró sesión el día 6, en los locales de la Sociedad Económica de Amigos del País, con arreglo al siguiente programa:

«Los quesos de Hecho y Ansó».

«Los vinos aragoneses», por don Fernando Maestro Polo.

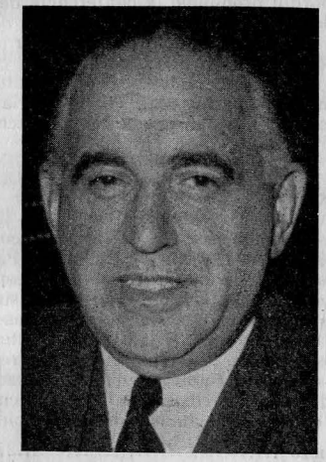
«Mosto, mostillo y arrope», don don Francisco Oliver Rubio.

«Degustación de vinos aragoneses».

VIDA MEDICA NACIONAL

MARAÑÓN, EN SUS BODAS DE ORO CON LA MEDICINA

En estas fechas en que el insigne maestro, en plena y exquisita lucidez celebra sus bodas de oro profesionales, un grupo de médicos asturianos, al que inmediatamente se han sumado otros de toda España, han rendido un sincero y expresivo homenaje de admiración ferviente y de cordial afecto, con sus palabras y con sus escritos, al gran médico que supo elevarse por la fuerza de su talento a las más altas cumbres del saber.



Gran clínico, excelente observador, trabajador minucioso y hombre extremadamente ponderado en todos sus juicios, Marañón es siempre artista al par que científico, y en toda su vastísima obra se hermanan, en perfecto equilibrio, con pujante fuerza espiritual, Filosofía, Medicina, Literatura y Arte, con un profundo y claro sentido humano.

Por eso en la historia contemporánea de la Medicina española, a excepción de Cajal (a quien tan bellas páginas ha dedicado), no hay otra figura tan representativa como la de don Gregorio Marañón, y en él se reúnen los valores espirituales e inalterables de fidelidad a los eternos principios de moral, de justicia y de respeto a la dignidad de los hombres y de los pueblos.

CLÍNICA Y LABORATORIO, *que tantas veces se honró con sus trabajos, se congratula por este acontecimiento y se suma gustosa a esta manifestación de respeto y de afecto que tan espontánea como merecidamente hoy se le tributa desde la Prensa médica, a la que tanto ha prestigiado con su pluma y con su ejemplo, deseándole una larga y saludable existencia.*

RICARDO HORNO LIRIA

EL PRIMER CONGRESO NACIONAL DE LA CRUZ ROJA

Durante los días 20 al 23 de mayo tuvo lugar en Madrid el Primer Congreso Nacional de la Cruz Roja, que reunió cerca de cuatrocientos médicos de los que prestan servicio en los diferentes centros españoles de esta institución.

Los actos se celebraron en el salón del Consejo Superior de Investigaciones Científicas y los *auditoriums* del Hospital de San José y Santa Adela, desarrollándose en ellos unas interesantes ponencias sobre «Radiaciones ionizantes y su protección», «Cirugía y clínica de las comunicaciones interauriculares», «Rehabilitación y recuperación de inválidos» y «Transfusión», estudiándose aparte una serie de ponencias en forma de coloquio, sobre problemas urgentes en cada especialidad.

El doctor Blanco Soler ostentó la presidencia del Comité Ejecutivo, y la Secretaría General fué desempeñada por el doctor Enrique García Ortiz, actuando de secretario de Prensa el doctor Fernán Pérez.

Una serie de actos sociales permitieron un grato intercambio entre los asistentes, quienes quedaron muy complacidos del éxito conseguido por esta primera reunión, de la que daremos en breve cuenta más detallada.

EL PROF. DÍAZ GONZÁLEZ, DIRECTOR DE LA ESCUELA DE MEDICINA DEL TRABAJO

El catedrático de Patología General de la Universidad de Madrid profesor Díaz González ha sido designado recientemente como director de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Dado su prestigio e interesante labor, su designación ha sido favorablemente acogida.

UN MÉDICO, GANADOR DEL PREMIO «SÉSAMO», DE NOVELA

El ganador del Premio «Sésamo» de novela corta, don José María Tomás Cabot, es un manresano de 29 años de edad, médico, pero que no ejerce la profesión. Cursó durante un año estudios de periodismo en la Escuela de Barcelona, y siempre mostró una gran vocación por la Literatura.

Su novela «El piquete», que ha sido galardonada en la cuarta edición del Premio «Sésamo», la tenía proyectada para su presentación al «Nadal». Ha colaborado en diversas publicaciones literarias. Actualmente sus preferencias se centran en el Teatro, teniendo preparadas dos obras.

Sus estudios de Medicina obedecieron exclusivamente a una tradición familiar.

DISTINCIÓN AL DOCTOR GARCÍA ORCOYEN, EN SUIZA

En Ginebra fué elegido miembro de la Mesa de la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, el jefe de la delegación española, doctor García Orcoyen.

EL DR. P. FARRERAS, CATEDRÁTICO

En las oposiciones últimamente celebradas ha sido nombrado catedrático de Patología Médica el doctor Pedro Farreras. Como ha escrito el doctor Marañón: «Las aclamaciones del público estudiantil, que fueron calurosas, significaban, acaso sin darse cuenta exacta muchos de los que aplaudían, dos cosas que son una sola: la rectificación, que al fin hacía el Tribunal, presidido por el gran maestro Pedro y Pons, de la injusticia de que Farreras no fuera ya catedrático, y la protesta contra el ridículo, viejo y arbitrario sistema de las oposiciones. Farreras era catedrático por derecho propio; porque tiene una obra científica y una obra pedagógica admirables; y una personalidad formada en muchos años de labor y no improvista. Y, sin embargo, se ha visto expuesto a ser preterido por los opositores puros, que son nombrados en virtud de unas pruebas, ninguna de las cuales supone capacidad para ser profesor. Puede el opositor bueno ser mañana un gran profesor; pero lo será después de haber triunfado de otras oposiciones, durante muchos años, para demostrar que, en efecto, es un buen profesor y no sólo un buen opositor. Farreras ya tenía ganadas las oposiciones verdaderas, las de saber investigar, escribir, curar enfermos y enseñar. Lo de ahora ha sido una aventura, por fortuna, feliz.»

DISTINCIÓN AL DR. VIÑÉS

Al doctor don José Viñés Ibarrola, jefe provincial de Sanidad en Navarra, y que anteriormente desempeñó ese mismo cargo en nuestra provincia, le ha sido concedido el ingreso en la Orden Civil de Sanidad, como reconocimiento a la importante labor prestada.

SE CELEBRÓ EL CONGRESO NACIONAL DE UROLOGÍA

Se ha celebrado en Bilbao este Congreso, que cada año se reúne en una capital española. Asistieron a él más de sesenta doctores, que celebraron su primera sesión interviniendo los señores Rabarán y Rosel, de Madrid; Guimón, Sanz y Bernuy, de Bilbao; Picatoste, de Santander, y Orsola, de Barcelona. Hubo luego, en el Ayuntamiento, una recepción presidida por el gobernador civil de Vizcaya, que abrió el acto con unas palabras de bienvenida, y varias otras autoridades. Al señor Espinosa le contestó el secretario nacional de la Asociación Española de Urología, señor Cifuentes, y se cerró el acto con unas palabras del gobernador civil, señor Macián, y el ofrecimiento de un vino de honor a las autoridades, y médicos y sus esposas.

Las sesiones de este Congreso continuaron en los días sucesivos con gran animación y espíritu de trabajo, ofreciendo la Diputación de Vizcaya una comida en el Marítimo del Abra a los congresistas, que quedaron muy satisfechos de su estancia en la industrial villa.

CONFERENCIA DEL DR. MARTÍNEZ BORDÍU, EN SANTIAGO DE COMPOSTELA

En la Facultad de Santiago, el doctor Martínez Bordíu pronunció la conferencia de clausura del VIII Curso de Ampliación de Pediatría y Puericultura, organizado por el catedrático de esta Universidad doctor Suárez y que versó sobre el tema «Estado actual de la cirugía cardiovascular en pediatría». La conferencia estuvo ilustrada con proyecciones.

EL AUMENTO DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

El 1 de enero, España se despertó con una población de 29.777.693 habitantes. Para el próximo día 1 de enero, la población española se calcula que, al ritmo actual —aun sin contar las plazas de soberanía y Guinea—, se habrá colocado en 30.010.813 habitantes.

El exceso de nacidos vivos en relación con los fallecidos durante el año pasado, según el «Boletín Oficial de Estadística», registró el siguiente aumento de población:

Enero	27.278
Febrero	28.806
Marzo	33.813
Abril	34.516
Mayo	35.129
Junio	32.588
Julio	29.838
Agosto	29.567
Septiembre	37.106
Octubre	37.407
Noviembre	32.176
Diciembre	31.757

Operando con esas cifras se desprende que la población de España aumentó durante el año anterior en 390.031 personas, a un promedio de 32.502 mensuales. Lo cual significa que España aumenta al año en la población de una ciudad como Sevilla, aproximadamente, y que aumenta mensualmente en una ciudad que sería aproximadamente la población de Segovia.

El que España rebase los treinta millones de habitantes es motivo de satisfacción, naturalmente. Ello significa la vitalidad de un país y, junto a eso, otras muchas cosas, como son su salud pública, la disminución al mínimo de la mortalidad infantil, etc. Sin embargo, hay también una serie de problemas que se derivan y nacen de este notable crecimiento de población.

DE PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Seguimos asustados. Cada vez, más. La exigencia de responsabilidad profesional médica presenta rápido crecimiento. No sólo en lo que afecta a la civil, sino también a la criminal. Algún médico ha pasado amargas horas en prisión. Otros han sido tratados como verdaderos criminales y temibles delincuentes. El asunto se está desbordando en forma peligrosísima. Recordemos, como indudable signo aprobatorio, el prolongado murmullo —¡el único!— que siguió cuando el Presidente de la Mutual, doctor Bermejillo, anunció la pronta implantación de su cobertura, en la inauguración del edificio social de Murcia. En la provincia habían sufrido, desgraciadamente, varios casos.

Hay que intentar prevenirse contra el peligro. Siempre dentro de la más estricta legalidad. Bastantes compañeros se han preocupado de su protección de modo personal; sobre todo, en alguna región caracterizada por su intenso desarrollo comercial e industrial. El murmullo murciano acicató aun más al Consejo de Administración de la Mutualidad. Y el proyecto de implantación de cobertura de este riesgo se ha llevado a marchas forzadas. Ahora se halla sometido al conocimiento y estudio de los Colegios de las profesiones sanitarias integradas en la Mutualidad. Se espera que aquéllos lo efectúen a la mayor brevedad, devolviéndole con sus siempre muy interesantes sugerencias y aprobación. Se insiste machaconamente en la urgencia de la implantación.

En el proyecto se ha recogido la ya dilatada experiencia proporcionada por el desenvolvimiento y desarrollo de la Sección del Automóvil, que ofrece características muy similares. Tal vez por ello puedan producir extrañeza algunos de los artículos del reglamento, con sus advertencias y salvedades, precisas de establecer como consecuencia de incidencias acaecidas en aquélla.

La exigencia de responsabilidad civil en el ejercicio profesional sanitario no ha afectado sólo a los médicos. Gran número de farmacéuticos tienen concertada su cobertura con entidades mercantiles; sobre todo, cuando precisan recurrir a auxiliares en su ejercicio profesional. Los médicos han visto acrecentarse su exigencia en estos últimos años de forma alarmante. También los odontólogos y veterinarios han sufrido casos esporádicos de demanda por parte de sus clientes. La excesiva difusión de hechos similares acaecidos en el extranjero, por afán sensacionalista, motivaría en gran parte su aumento. Los criterios de urgencia se afianzaron aun más.

La fórmula de organización financiera de esta Sección, con absoluta independencia de las demás, creadas o por crear, de la Mutual, sería el reparto, con liquidación anual. De existir superávit, el excedente sobre la cantidad que se destine a fondo compensador, ya que no precisa el verdadero de reserva, sería repartido entre los asociados en activo al finalizar el ejercicio; y su importe, deducido de la cuota siguiente; de modo idéntico a como se efectúa en la Sección del Automóvil. Desde luego, pensando siempre en cuotas reducidas.

Se espera con ansia la deseada colaboración colegial, estimada muy conveniente e interesante; y, sobre todo, la máxima rapidez en la evacuación de la consulta solicitada.

Dr. J. Luis Yagüe y Espinosa

PREMIO DE MEDICINA AL PROF. RAMÓN

Por la Fundación italiana «Antonio Féltrinelli», ha sido otorgado al profesor *Ramón*, de la Academia de Ciencias de París, el Premio Internacional de Medicina, consistente en veinte millones de liras.

PROHIBICIÓN DE PRESCRIPCIONES MANUSCRITAS

En Suecia se ha dictado oficialmente una orden por el Ministerio de Sanidad, en virtud de la cual los médicos deberán obligatoriamente redactar sus prescripciones en letras capitales o a máquina, para evitar peligrosas equivocaciones.

NECROLOGÍA

En Montreal (Canadá), a los 63 años, falleció el doctor *León Geri-Lajois*, Presidente de la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras, y de la Asociación Médica Canadiense. Actualmente desempeñaba también la asistencia a la Presidencia del Consejo de la Asociación Médica Mundial. Dotado de una gran facilidad de expresión y dominio de idiomas, era una figura muy apreciada y de positivo valor.

* * *

En Roma, y a la avanzada edad de 97 años, ha fallecido el profesor *Giuseppe Bastianelli*, famoso malariólogo de fama internacional y que fué catedrático de Clínica Médica en la Universidad de Roma.

* * *

Igualmente en Roma, falleció el profesor *Angelo Chiasserini*, primer cirujano de los Hospitales reunidos de la capital, Presidente de la Sociedad Italiana de Neurocirugía y pionero de esta especialidad en Italia.

* * *

Víctima de una accidente de aviación, ha muerto en Argentina el profesor *Eduardo Braun Menéndez*, sucesor de Houssay en la Cátedra de Fisiología de Buenos Aires y maestro eminente de quien se esperaba una gran labor.

II REUNIÓN NACIONAL ESPAÑOLA DEL «AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS»

Tendrá lugar en Valencia, del 29 de junio al 1 de julio del corriente año, con arreglo al siguiente programa:

Lunes 29 de junio.—Inauguración oficial. A las doce, recepción y vino de honor ofrecido por el Ayuntamiento de Valencia. Seguidamente, los cargos directivos de los distintos Capítulos del A. C. C. P. de España se reunirán con el Director ejecutivo de Chicago, Mr. Murray Kornfeld, en sesión administrativa, a puerta cerrada, en el mismo Ayuntamiento.

A las cuatro de la tarde, en el Colegio de Médicos, tendrá lugar la primera sesión científica, con el tema oficial: «Patología del mediastino».

Ponencias a desarrollar: «Exploración del mediastino», doctores J. Abelló y J. Alvarez Sala (Madrid); «Síntomas agudos del mediastino», profesores Bariéty y Coury y doctor Poulet (París); «Hemopatías de repercusión mediastínica», profesor P. Farreras Valentí (Barcelona). Seguidamente se abrirá la discusión. Comunicaciones libres.

A las once de la noche, concierto en los Viveros, ofrecido por el Ayuntamiento.

Martes 30 de junio.—A las nueve, en el Colegio de Médicos, segunda sesión científica. Ponencias a desarrollar: «Mediastino y miastenia gravis», doctor Almansa de Cara (Málaga); «Patología ganglionar del mediastino», doctor Luis de Velasco (Valencia); «Patología oncológica del mediastino», doctor C. Gil Turner (Bilbao). Seguidamente se abrirá la discusión.

A las doce, los asistentes y sus acompañantes, amablemente invitados por el Ayuntamiento de Valencia, saldrán en autocares para efectuar una excursión por la zona naranjera y arrozales, siéndoles ofrecida una comida en la Casa Forestal de dicho Ayuntamiento, en el Saler (Albufera), continuándose la excursión de regreso por la tarde con visita a la Colonia Infantil «Santa María de Aguas Vivas», de la Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Valencia.

Miércoles 1 de julio.—A las nueve, tercera sesión científica. Conferencia magistral por el profesor M. Beltrán Báguena (Valencia): «La vía natural de acceso al diagnóstico de las mediastinopatías». Seguidamente, comunicaciones libres.

A las cuatro de la tarde, comunicaciones libres y proyección de películas.

A las diez de la noche, banquete de gala en la terraza de la Feria de Muestras. Clausura del Congreso.

Para reserva de tiquets, dirigirse a la agencia «Viajes Iberia, S. A.».

Los miembros del «American College of Chest Physicians» no deben abonar cantidad alguna en concepto de derechos de inscripción, aunque deben llenar los formularios efectuando las reservas de billetes de autocar y del concierto en el plazo debido, solicitando, a su llegada a Valencia, de la Secretaría de la Reunión, la tarjeta de asistente y tiquets reservados, a cambio del recibo entregado por la agencia.

Los doctores no miembros del A. C. C. P. satisfarán 1.000 pesetas por tales derechos, y 500 pesetas cada acompañante, que deberán abonar a dicha agencia, que les entregará un recibo a canjear en la Secretaría de la Reunión, en Valencia, por las tarjetas de asistente y billetes para el autocar, así como los tiquets de la cena, si se han abonado o reservado.

Secretaría de la Reunión: S. V. Fomento del Turismo, bajos del Ayuntamiento, plaza del Caudillo.

Secretaría del regente, doctor A. Caralps: Córcega, 393, 4.º, 1.ª. Teléfono 350116, Barcelona (España).

CURSO INTENSIVO DE NEURO-ORTOPEDIA CLÍNICA Y OPERATORIA

Será dirigido por J. Cañadell Carafí y L. Barraquer Bordas, y tendrá lugar del 30 de junio al 17 de julio, en el Hospital de la Cruz Roja de Barcelona, con arreglo al programa señalado, que constará de cuarenta y una conferencias teóricas, que tendrán lugar de 11'30 a 1'30, en el auditorio del Hospital; clases prácticas de exploración, que se llevarán a cabo los lunes, miércoles y viernes, de 4 a 6 de la tarde; sesiones quirúrgicas, que se celebrarán los martes, jueves y sábados, de 4 a 8 de la tarde, y sesiones clínicas, en las que todos los días, de 9 a 11 de la mañana, tendrá lugar la presentación de enfermos, con discusión y comentarios de cada caso.

Los derechos de inscripción son de 1.000 pesetas. A cada asistente al curso le será otorgado un certificado acreditativo de estudios.

Para informes e inscripciones, dirigirse al secretario del curso: Dr. I. Ponces Vergé, Hospital de la Cruz Roja, Dos de Mayo, 301, Barcelona.

CURSO SOBRE AVANCES EN DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA

Se celebrará en el Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas de Madrid, Clínica de Nuestra Señora de la Concepción, del 6 al 11 de julio inclusive, y versará sobre temas de «Aparato respiratorio», «Aparato circulatorio», «Aparato digestivo», «Neurología», «Urología», «Enfermedades de la sangre», «Endocrinología», «Reumatismo» y otros.

La matrícula es gratuita, pero es indispensable solicitar la inscripción, que se dirigirá a las siguientes señas: «Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas. Clínica de Nuestra Señora de la Concepción. Avenida de los Reyes Católicos, número 2. Don Miguel Bañón Peñalva, secretario general. Madrid».

Los asistentes al curso podrán obtener, al final del mismo, el texto de los temas tratados.

Clínica y Laboratorio

REVISTA ESPAÑOLA
DE CIENCIAS MÉDICAS

Redactada bajo la dirección
del
Dr. Ricardo Horno Liria
y colaboradores



Tomo LXVIII *Año XLIV*

ZARAGOZA

MCMLIX

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 400 - TOMO LXVIII
JULIO 1959

PREOCUPACIONES ACTUALES EN CIRUGÍA DEL CÁNCER

POR EL

DR. CONRADO ZUCKERMANN DUARTE

DIRECTOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

MÉJICO

PREOCUPACIONES GENERALES

EL problema del cáncer, no estando resuelto, tiene que ser y es motivo de gran preocupación, no solamente para el cirujano, sino para todo médico, para todo biólogo y, debemos afirmar, para la Humanidad entera, pues de su apropiada resolución resultarán beneficios vitales y la luz en muchos aspectos.

La preocupación primera es, indudablemente, la que se refiere a lo relacionado con lo tardíamente que llegan los enfermos al clínico, tardanza en la cual intervienen diversos factores, unos ligados con la naturaleza del mal, otros con descuidos del paciente y otros —debemos decirlo con franqueza— con el error del médico.

Al cirujano y a todo clínico dedicado a la cancerología le preocupa la falta de una reacción general diagnóstica específica del cáncer, que colaborase cuando alguna alteración hiciera sospechar la presencia de cáncer, en cualesquiera parte del organismo. En este campo, las reacciones que se estudian son múltiples; pero ninguna, hasta la fecha, ha mostrado resultados constantes y seguros, y estamos en espera de nuevos trabajos al respecto.

El cirujano sabe que actualmente el procedimiento certero es la biopsia tisular, el estudio de fragmento orgánico, que, por el conjunto de los datos que suministra, permite afirmar con muy poco margen de error, en manos experimentadas y conocedoras, que se trata de cáncer o que no se trata de cáncer.

Pero la inquietud, a pesar de lo anterior, no amaina, porque existen cánceres en que la biopsia es muy difícil o imposible de realizar, y además porque si la biopsia positiva es probatoria, la negativa puede carecer de seguridad. La negatividad puede estar en relación con la toma de fragmentos necrosados, alterados o que provengan de un sitio no correspondiente a la zona propiamente cancerosa. Precisamente por lo anterior, la preocupación continúa y el clínico multiplica sus biopsias, y el trabajo y responsabilidad del anatomopatólogo aumentan.

Multitud de detalles pueden intervenir para hacer negatoria la biopsia, todo ello en relación con las varias maniobras que requiere y precisamente por lo anterior y procediendo en actitud desconfiada, pero buscando mayor seguridad, en este valioso procedimiento, se debe indicar la necesidad de la adecuada colaboración entre el clínico, el médico endoscopista, el anatomopatólogo, etc.

Y como si lo anterior no fuera suficiente para inquietar el alma del cirujano, surgen nuevos motivos de psíquico y profesional desasosiego; nos referimos a la detección citológica, que indudablemente es uno de los temas actuales más trascendentales. Las posibilidades de realizaciones existen, y tras de ellas se trabaja, y bastante parece haberse alcanzado, pero seguramente falta mucho.

El estudio de células aisladas, de conjuntos celulares, de frotis celulares, es fuente de conocimiento de la existencia del cáncer, y en la indagación se crean los más variados medios para obtener por aspiración, raspado, escobillonado, punción, etc., células que puedan examinarse y que hagan sospechar y, sobre todo, afirmar que existe cáncer correspondiente a la zona de donde proceden.

En relación con lo anterior, y sobre todo por el detallado estudio histológico de algunos cánceres, especialmente el del cuello de la matriz, se ha llegado a señalar lo que se denomina en inquieta actitud, cierta o errónea, cáncer «in situ», intraepitelial, preinvasor o todavía no invasor.

Esto rompe la ortodoxia cancerológica y crea nueva y, ojalá, fructífera preocupación. Sospechado a veces por citología y afirmado por histología, cáncer epitelial «in situ», la interrogación con respecto al futuro surge de inmediato: ¿evolucionará a cáncer invasor, es decir, a verdadero cáncer?, ¿permanecerá estacionario?, y aun ¿podrá evolucionar?

La responsabilidad es intensa, y exámenes clínicos sucesivos, citología periódica, biopsias tisulares repetidas, tratan de resolver la preocupación, tanto mayor cuanto que es precisamente en esa etapa «in situ» cuando la extirpación quirúrgica —mutilante, desde luego, pero no tan grandemente mutilante— es capaz, en altísimo porcentaje, de traer sostenida curación.

Y, volviendo a usar frase ya empleada, señalaremos que, como si lo anterior fuera poco, otra preocupación es inmanente, y se refiere a que a veces, a pesar de que sólo se afirmó cáncer «in situ», ya se trata de cáncer invasor y aun de blastoma con propagaciones linfáticas, y el error tal vez estuvo en la biopsia, en la toma de los fragmentos, sobre todo.

La detección, es decir, la pesquisa de cánceres por medios clínicos, radiológicos y, sobre todo, citológicos e histológicos, es ruta valiosa y prometedora, pero, como decía, inquietante, y tómese en cuenta que las preocupaciones aumentan a medida que se aplica en justificada actitud a los cánceres más variados y a las más diversas topografías.

La ventaja, si ventaja puede ser, es que la inquietud y la responsabilidad no es solamente del cirujano, sino del clínico, del especializado en algún sector, del citólogo, del histólogo, del radiólogo, etc.

Preocupaciones especiales

Insistimos en que la preocupación principal es descubrir cáncer en su período, pudiéramos decir, inicial o circunscrito, o en esa fase preinvasora del blastoma epitelial, y afirmamos que el procedimiento base es la biopsia tisular. Surge entonces en esas condiciones, y para cumplir el propósito diagnóstico, para identificar debidamente la naturaleza tumoral, la repetida afirmación de que el examen histológico de los fragmentos neoplásicos es fundamental.

Pero vienen las limitaciones, los peligros, las desventajas.

Bien conocido y publicado es que no debe realizarse como regla la biopsia en los cánceres melánicos y en los coriales, por el peligro que entraña la abertura vascular y el facilitar así el paso de las células malignas al torrente circulatorio.

A pesar de ello, por error, por imposible previsión, a veces se hace biopsia en lesiones cutáneas o en otras que resultan melanocancerosas y en zonas genitales que sufren el terrible cáncer trofoblástico.

Estas limitaciones a la biopsia, estos peligros, se han extendido a otros cánceres; nos referimos al intraocular, en ocasiones al intracerebral y, sobre todo, al óseo.

Realizar la toma tisular dentro de un sector esquelético es trepanar, es quitar capas algo resistentes y hacer abierto un cáncer que hasta entonces al parecer o tal vez, era cerrado.

Ventajosamente, para calmar algo la inquietud creada por estas limitaciones, contamos con las imágenes radiológicas que a veces son características; además, si la preocupación continúa, el cirujano tiene, para llegar a la certeza que le permita mutilar con alguna tranquilidad, la biopsia hecha en la mesa de operaciones, precisamente antes de hacer la extirpación.

Existe, además, de los peligros someramente señalados a la biopsia, lo referente a las dificultades en relación con las imágenes múltiples y complicadas de algunas neoplasias; nos referimos particularmente a las ováricas. Abierto el abdomen, es muchas veces el ginecólogo el que debe decidir la conducta apropiada, fundándose en los datos macroscópicos, en su experiencia y conocimientos y en otras consideraciones (edad de la enferma, paridad, etc.), sin por ello negar que la biopsia en la mesa de operaciones en el cáncer ovárico es útil, pero siempre asociada a lo anteriormente esquematizado.

Y llegamos así, en medio de este tortuoso camino, a otro de los temas más apasionantes y que al cirujano preocupan intensamente; me refiero a la necesidad de conocer y apreciar con la mayor certeza posible la extensión del mal y la existencia o, mejor, la ausencia de propagaciones, de metástasis.

Para determinar la extensión tumoral, la existencia de propagaciones linfático-ganglionares o de metástasis por vía sanguínea, cuenta el cirujano con los datos clínicos, los radiológicos y los que pueden proporcionarle directamente las biopsias realizadas en diversas topografías, y además algunos exámenes de laboratorio que indirectamente colaboren algo al diagnóstico; pero es indispensable señalar que, a pesar del más cuidadoso y completo de los exámenes, la certeza absoluta de los límites del mal, en muchas ocasiones, no se llega a precisar, y células provenientes del blastoma pueden acantonarse, en silenciosa pero traidora actitud, en partes cercanas o alejadas de la neoplasia conocida, y ser ellas las que más tarde, al crecer, al hacerse activas, muestren el fracaso de la extirpación quirúrgica o de otros tratamientos realizados.

Nos parece inútil insistir en lo que todos saben, como reglas generales al respecto, de explorar las regiones ganglionares linfáticas correspondientes, hacer exámenes radiológicos torácicos, esqueléticos y otros; pero sólo como una manifestación de inquietud que propicia las más detalladas investigaciones clínicas y otras, señalaremos que en ocasiones las propagaciones son exóticas, situadas en lugares no comunes y bien alejadas; así, por ejemplo, hemos encontrado, en cánceres del cuello de la matriz que parecían estar en etapa I o en II, que ya existía propagación esquelética, que ganglios supraclaviculares o cervicales caracterizados estaban presentes, y esto mismo pudiéramos decir del cáncer mamario, del prostático y de otros cánceres. En ocasiones, metástasis pulmonares en cánceres del colon, del riñón y otros, que parecían estar todavía en etapa regional.

Ya que hablamos de propagaciones raras, justo es señalar que en ocasiones la inquietud es realmente terrible, porque lo único que logramos identificar bien

es precisamente la propagación, y se nos escapa, a pesar de cuidadoso examen, el tumor primitivo, es decir, el principal, el causante.

Algo que preocupa mucho al cirujano es que a veces, a pesar de que el estudio preoperatorio pareció indicar la no existencia de propagaciones, en el acto operatorio éstas se aprecian y hacen más complicada y extensa la extirpación, la imposibilitan o la contraindican. Igualmente es grave contrariedad y terrible situación la que acontece cuando poco tiempo después de la extirpación, que se pensó podría ser radical, se afirma una metástasis a pulmones, hígado, esqueleto, ganglios, etc.

Precisamente por lo anterior se buscan nuevos procedimientos para precisar la extensión del proceso y sus propagaciones. Entre los métodos en estudio encontramos el que se realiza a favor de los radioisótopos, que se localizan principalmente en el tumor y las formaciones blastomatosas derivadas de él. Así se realiza ya en fase clínica en el cáncer tiroideo, y en fase todavía experimental, en el cáncer mamario. En el blastoma cerebral su aplicación es muy valiosa para tratar de precisar el sitio y extensión tumoral.

En relación con los procedimientos de laboratorio que señalábamos como medios que colaboran para conocer la existencia cancerosa, y sobre todo las reproducciones o la persistencia, debemos señalar la dosificación de las gonadotropinas en los cánceres trofoblásticos, la investigación de las fosfatasas en el cáncer prostático. Pensamos que próximamente otros procedimientos similares podrían señalarse para diferentes cánceres.

Preocupaciones técnicas

La cirugía en el cáncer puede tener varias finalidades, y antes de señalarlas es propio recordar que, al cumplirlas, lo primordial es la persistencia, curación o mejoría del paciente, y lo secundario, la tranquilidad y el prestigio del cirujano. Dichas cirugías se refieren esquemáticamente a: la que tiene propósito curativo, de tendencia radical; la paliativa o parcial; la que trata de resolver problemas mecánicos o de inmediato peligro vital; la que obra por acción endocrina, y la que trata de combatir el dolor.

Con respecto a la primera, debemos señalar que si en ocasiones hemos evitado usar la palabra *radical*, es precisamente porque en buen número de casos, la deseada radicalidad no se consigue. En busca de esta radicalidad, la cirugía se ha hecho cada vez más amplia en sus extirpaciones, hasta llegar a mutilaciones viscerales o de los miembros, verdaderamente terribles. Esta cirugía es, en ocasiones, cirugía heroica, es decir, en la cual se realiza labor extraordinaria, bondadosa, al servicio del prójimo; pero lo que nos inquieta y lo que debe evitarse es que sea temeraria, es decir, que exponga mucho al paciente, que se realice sin las precauciones capaces de prevenir o de luchar contra el peligro.

Es motivo de reales preocupaciones y de verdadera responsabilidad, al efectuar esta cirugía muy amplia y antes de hacerla y en neutral actitud, el apreciar lo que pudiera obtenerse por otros procedimientos, radiológicos, etc., o en la sobrevida que podría tener el paciente, pudiera decirse por vía natural, sin la influencia quirúrgica.

En los cánceres abdominales, sobre todo, otra preocupación es problema actual. Se ha observado que, a pesar de grandes extirpaciones, meses o años después, en el sitio operado o en partes cercanas, surge nueva formación tumoral o crece ganglio canceroso, y precisamente para esos casos se ha llegado a preconizar, en inquieta y revolucionaria actitud, el abrir de nuevo el abdomen, a pesar de no haber síntomas que lo justifique, y buscar la recidiva o reproducción y extirparla

antes de que su extensión o su crecimiento imposibiliten la maniobra. Es una nueva intranquilidad que ha surgido con estas reoperaciones, que la mayoría de los pacientes no quieren aceptar.

El cirujano que opera cancerosos con finalidad radical, debe recordar que cuando tiene éxito inmediato, en los buenos casos, sus preocupaciones durarán casi siempre los cinco años clásicos de la cancerología quirúrgica y aun radiológica, y que durante ese plazo los exámenes periódicos servirán para tranquilizar su inquietud o para mostrarle el fracaso.

Justo es señalar que si aparece nuevo cáncer, vale la pena investigar detenidamente si se trata de formación de igual categoría que la ya operada, o de cáncer de diferente naturaleza. El enfermo canceroso puede presentar cánceres simultáneos, sucesivos, iguales, parecidos o diferentes en su constitución histológica.

En lo que se refiere a la cirugía parcial o paliativa, su realización es motivo de marcadas controversias, y las inquietudes que de ello dimanan son múltiples, porque quitar sólo el tumor o parte de él pensando en otros tratamientos, por ejemplo en radioterapia, se considera casi siempre como proceder defectuoso; pero en ocasiones es lo único factible, y antes de hacerlo y antes de tomar tan grave responsabilidad, el estudio y la consulta médica debe ser cuidadosamente realizada y explicada en la forma más completa posible a las personas que deban enterarse del problema; sólo así se estará autorizado para eliminar tumores cancerosos que, por su gran tamaño, ulceración, sangramiento, fetidez, etc., representen mercada molestia a sabiendas de que la radicalidad no es el propósito.

En lo que se refiere a la cirugía que trata de resolver de inmediato problemas vitales o mecánicos, la preocupación también existe y debemos, antes de realizarla, averiguar si es posible, por otros medios menos intensos que intervención operatoria, resolver la grave situación; así, por lo menos, hemos visto algunos casos de cánceres esofágicos avanzados persistir alimentándose sin gastrostomía, a favor de sonda trans-esofágica a estómago que sale por nariz.

Igualmente preocupa al cirujano el pensar que en algunos casos, al mismo tiempo que se resuelve el problema mecánico o vital —traqueotomía, derivación digestiva o urinaria—, podría realmente hacerse cirugía de tendencia radical. Nos estamos refiriendo a grandes extirpaciones viscerales, exenteraciones, disecciones-extirpaciones ganglionares, etc.

La cirugía endocrina en cáncer es, a su vez, fuente de intensas preocupaciones actuales, y sería bien difícil y muy extenso referirnos a ella en detalle; sólo señalaremos algo de lo que a dos cánceres más frecuentes corresponde.

En el cáncer mamario, la ovariectomía total, la suprarrenalectomía bilateral y la hipofisectomía, han sido consideradas como fuentes de algún beneficio.

En cáncer prostático avanzado, generalizado, se preconiza la doble orquidectomía, la extirpación de las suprarrenales y la de hipófisis.

Castrar a una persona femenina o masculina para buscar en ella algún beneficio, es grave responsabilidad, y el problema dimana de que no puede afirmarse con seguridad si el beneficio obtenible será digno del sacrificio. Las preocupaciones continúan si se aprecia que quitar las suprarrenales o quitar la hipófisis es llevar al paciente a una condición de desequilibrio orgánico en el cual la vigilancia médica más estricta es indispensable, y la sostenida medicación se impone.

La inquietud más grande en relación con esta cirugía endocrina es la que trata de precisar cuáles cánceres son hormonodependientes y, además, cuál de todas estas extirpaciones es la que debe preferirse o la que deba realizarse primeramente. Los planes de acción endocrina, quirúrgica o medicamentosa, son muy variados,

y en cada caso particular es motivo de verdadera preocupación saber cuál corresponde al paciente, con cuál obtendrá algún beneficio o el mayor beneficio posible.

En los que se refiere a la cirugía del dolor, cuyas variedades son múltiples, la preocupación también está presente si se toma en cuenta que antes de realizarse debe hacerse valorización del tiempo de sobrevida factible en el enfermo, de los peligros inherentes a la intervención y de los resultados más seguros de ella; además, apreciar debidamente si otros medios pudieran evitar la operación y traer alguna tranquilidad al canceroso. Precisamente por lo anterior, la cordotomía y otros procedimientos, topectomía selectiva y otras intervenciones, sólo deben hacerse después de una cuidadosa valorización de sus efectos, procurando en lo posible sólo hacerlas cuando no exista por ello peligro previsible para el enfermo y cuando se aprecie que es el camino propicio.

Preocupaciones quirúrgicas en algunos cánceres

Hace decenios, la preocupación del cáncer era, pudiéramos decir, total; el cáncer era oscuridad completa; hoy en día, alguna luz se vislumbra; pero, como si esto fuera un tormento de inquietudes, las preocupaciones se han multiplicado, refiriéndose a cada cáncer en sus diversas topografías y en los varios aparatos y sistemas de la humana economía.

Las preocupaciones en cirugía cancerológica están por lo anterior ligadas íntimamente con las inquietudes de todas las diversas cirugías, y crece más la preocupación si se aprecia que en ella lo fundamental es la extirpación quirúrgica, la mutilación, confrontándose entonces nuevos y numerosos problemas de reparación, sustitución, prótesis.

Señalaremos algunas de las inquietudes que en el momento presente existen en la cirugía de algunos cánceres.

En los *cánceres cerebrales,* y en general del sistema nervioso central, la preocupación del neurocirujano es muy grande, no solamente por los deficientes diagnósticos, sobre todo en relación con la naturaleza del proceso, sino por los resultados funcionales de la extirpación quirúrgica.

En los *cánceres de la lengua* y, en general, *de la boca,* una de las inquietudes que preocupan más al clínico es la referente a la temprana invasión de los ganglios linfáticos del cuello y a la necesidad de hacer amplia extirpación en continuidad. La ligadura de las carótidas, sobre todo de la primitiva, unilateral, es ya un grave problema y es posible que en el futuro, gracias a los progresos de la cirugía vascular, los escollos en relación con los vasos del cuello sean vencidos y los vaciamientos linfáticos cervicales puedan hacerse todavía en mayor amplitud y sin que las maniobras puedan traer siembra neoplásica. Preocupan igualmente al cirujano los trastornos cerebrales u otros que ocasionan los sacrificios vasculares en el cuello y las alteraciones que las secciones correspondientes en los filetes nerviosos de esa región puedan traer. Y todo esto, con el peligro de las invalideces regionales que se pudieran determinar, sobre todo en los casos de los grandes vaciamientos bilaterales.

En los *cánceres del macizo facial,* la cirugía mutilante que en ocasiones es necesario realizar tiene reales peligros y preocupa intensamente al cirujano, no solamente el acto operatorio mismo, sino la reparación posterior, que debe tener en estos casos no solamente el valor de una reposición anatómica y funcional, sino estética.

En el *blastoma laríngeo,* los problemas son múltiples y se refieren a dos preocupaciones principales: ¿hacer o no laringectomía total?, y suprimir o conservar

parcialmente el habla del paciente, y lo referente a realizar, desde luego, vaciamiento ganglionar del cuello uni o bilateral.

En el caso del *cáncer de esófago,* inquieta al cirujano, no solamente el acto quirúrgico mismo de la extirpación, sino la manera de sustituir al órgano por medio de injertos, de ascenso gástrico o de una asa del intestino delgado; semanas y meses o mayor tiempo serán de intranquilidad hasta que el paso alimenticio esté asegurado por la nueva vía fabricada. Además, y esto es más frecuente de lo que se aprecia, muchas veces la toracotomía queda sólo en operación exploradora, porque al realizarla se afirma que la extirpación de tendencia radical es imposible.

En los *cánceres del estómago, del páncreas, del colon,* etc., las mutilaciones que se imponen pueden ser muy grandes y motivo de real peligro y preocupación; nos estamos refiriendo a tener que extirpar por existir propagación, etc., vísceras tales como: bazo y riñón, parte de hígado, etc.

En el *cáncer del recto* la preocupación del cirujano es intensa, pues aprecia que lo que no se realice por medio de la cirugía es muy difícil obtenerlo por otros medios. Complica la situación el hecho de que en gran número de casos no es posible permitir el paso fecal por la vía normal y se impone la colostomía definitiva.

En el *cáncer primitivo del pulmón* las inquietudes son muy intensas, y cuando la operabilidad se considere evidente, lo que muchas veces sólo se aprecia íntegramente en el momento operatorio, la intervención es bastante complicada, y la convalecencia requiere prolija atención; la tranquilidad del cirujano no estará parcialmente recuperada hasta que la cicatrización sea completa y la dinámica torácica haya vuelto a un equilibrio estable.

En el *cáncer del pene* los fracasos son frecuentes y la falectomía es a menudo seguida de recidivas y se impone el mayor sacrificio de hacer emasculación total y vaciamiento ganglionar inguinal (superficial y profundo) y vigilar con psicoterapia las reacciones propias del individuo cuya vida sexual normal está terminada.

En el *cáncer mamario* las preocupaciones son múltiples, y, sin referirnos a las ya mencionadas, señalaremos que las discusiones continúan, que la intranquilidad no es particular, sino general, y que tres tendencias se disputan la primacía: la que realiza sólo mastectomía simple seguida de radioterapia, que es procedimiento mixto no muy aceptado; la de la mastectomía llamada radical o extirpación axilomamaria, que es el método más difundido y conocido, y las llamadas supramastectomías o mastectomías radicales ampliadas, en las cuales se quitan los ganglios mamarios internos y aun los supraclaviculares. La inquietud ha nacido de la fundada consideración de que el cáncer mamario, por ser frecuentemente epitelial, y cuando está en fase todavía regional, se difunde primordialmente por todos sus ganglios linfáticos tributarios, es decir, no solamente a la axila, sino a los mamarios internos, a los supraclaviculares, y la tendencia quirúrgica es quitar en lo posible todos los grupos ganglionares tributarios inmediatos intra y extratorácicos. En la práctica, los resultados no han sido lo benéficos que se pensaba, y además, el tiempo transcurrido en la realización de esta nueva o renovada ampliación extirpadora no es suficiente para juzgar de sus resultados en forma definitiva.

Ensombrece más esta situación e intranquiliza más al espíritu del cancerólogo, del cirujano dedicado a esta topografía, el hecho de que el cáncer mamario, más tempranamente de lo que se piensa, puede seguir la vía sanguínea, y entonces la gran operación resulta inútil. Además de lo anterior, debemos recordar que en lo que a la cadena mamaria interna especialmente se refiere, en varios de los casos en que está invadida, el proceso ha llegado, por las anastomosis existentes, a la

cadena mamaria del otro lado, a los supraclaviculares que serían la cabeza de la cadena linfática y aun es posible que hubiera descendido por la continuidad inferior hacia ganglios subdiafragmáticos, y todavía más, es posible que cuando la cadena mamaria interna esté invadida, el proceso hubiese penetrado ya a los espacios linfáticos y sanguíneos de la medula esternal.

El tema es apasionante; la inquietud, muy grande, y el futuro decidirá el mejor camino en este cáncer, que por su frecuencia dominante ocupa preferente lugar en la negra estadística del cáncer.

En los *blastomas esqueléticos*, el problema es bien difícil y, desde luego, se marca que algunos de ellos, como los mieloides y retículoendoteliales, escapan a la mano del cirujano por sus frecuentes generalizaciones y recidivas; a su vez, los propiamente óseos y cartilaginosos, con mayor frecuencia de lo que era de pensarse, presentan, meses o años después de la amputación, metástasis a los pulmones, etc.

Así como a los temas cancerológicos anteriores, podríamos referirnos a otros en que las preocupaciones del cirujano son múltiples y grandes; pero sólo mencionaremos el muy importante caso del *cáncer del cuello de la matriz*. Para los estadios I y II, continúa la discusión, por lo que no puede estar cierto el cirujano entre las ventajas y las desventajas, entre la cirugía extirpadora y la radioterapia, y en presencia de cada caso clínico tendrá que agudizar su criterio para seleccionar la terapéutica indicada. Su tranquilidad no será en realidad completa hasta ver a su enferma curada, libre de su neoplasia, pero en observación larga, de años, como antes hemos mencionado. En lo que se refiere a la cirugía, es la linfadenohisterectomía amplia el procedimeinto para esas etapas no muy avanzadas del blastoma cérvico-uterino; pero la inquietud existe al sólo considerar que en la técnica y en la táctica misma existen reales tropiezos y que es bien difícil cumplir con el precepto de hacer la extirpación en un solo bloque, seccionando lejos del blastoma y extirpando, como antes decía, las metástasis linfáticas en unión del tumor primitivo. El paso del uréter inmediatamente atrás del pedículo principal y en medio de zonas frecuentemente cancerizadas, es una de las dificultades técnicas más importantes. La friabilidad de los canalitos linfáticos y del tejido que los rodea dificulta o imposibilita la extirpación en un solo bloque. Para los casos en etapa III de tipo paramétrico, la preocupación es bastante intensa, porque si se pretende hacer una cirugía de tipo radical, sería necesario seccionar ambos uréteres, pues de otro modo, al disecarlos en medio del tejido canceroso, se podría favorecer la siembra y aun la difusión. Para los cánceres en etapa IV, regional pélvica, la cirugía también ofrece algunas posibilidades, pero crea grandes problemas al cirujano, y ellas se refieren primordialmente al sacrificio de la vejiga y del recto, o de una sola de estas vísceras, y a la adecuada prótesis que precisa; y después de este sacrificio y de todos los cuidados inherentes a la convalecencia, después de esta grande exenteración pélvica, intranquiliza al cirujano el observar que el resultado del esfuerzo es muchas veces sólo paliativo y que el tiempo de sobrevida no corresponde en algún número de casos a lo calculado, y menos al esfuerzo efectuado.

Insistiremos en que el manejo de los tejidos cancerosos, de los ganglios metastásicos y de los canales linfáticos cargados de celdillas cancerosas, por suave que sea, puede dar lugar a siembras y generalizaciones, y que es conocido el hecho de que a veces en las horas que siguen a intervenciones por cáncer se ha logrado encontrar en la circulación sanguínea células cancerosas que pudieran haber sido movilizadas durante las maniobras. Precisamente para tratar de evitar que esa movilización celular cancerosa pudiera llegar a determinar metástasis, se ha preconizado, en afán preventivo y aun curativo, el empleo de quimioterapia anticancerosa o de radioisótopos, antes e inmediatamente después del acto operatorio, amén de preconizarse suavidad de las maniobras y hacer los cortes lo más lejos que se pueda del blastoma, es decir, del tejido que se supone contiene celdillas cancerosas.

Consideraciones terminales

Sin pretender supremacía en las preocupaciones del cirujano, apreciamos que es el ejercicio quirúrgico en cancerología uno de los campos en donde la preocupación es más intensa, más frecuente y más variada, y, sobre todo, en donde esta intranquilidad se inicia, desde el momento de ver al enfermo, se afirma al hacer la indicación operatoria, se vive y se sufre en el momento de la intervención quirúrgica, y se continúa con ella en vigilante espera, en constante intranquilidad, durante años, por lo menos durante cinco o más, en los casos favorables.

Aparte de los problemas propiamente clínicos y particularmente quirúrgicos, al cirujano como médico, como investigador y como hombre de bien, le tiene que preocupar y le preocupan las múltiples dificultades de la cancerología. En ella confronta muchos problemas que se refieren a la etiología, la patogenia, la identificación segura, no solamente por microscopía, sino por medios físicos y químicos de las células y tejidos cancerosos. Le preocupa y le interesa el progreso en otros campos que pueden resolver el enigma, como el de la radiología, el de la química, etc.; aprecia y desea intensamente que en ellos, más que en la cirugía mutilante, esté la resolución del problema.

Preocupa al cirujano en el ejercicio directo de su misión cancerológica clínica, en lo referente a diagnóstico, la oportunidad, la exactitud y el conocimiento de la extensión del cáncer; en lo referente al tratamiento le preocupa la necesidad de hacer en los casos operables grandes mutilaciones, y aun en ocasiones, demasiado grandes mutilaciones, y además le intranquiliza sobremanera la inseguridad del pronóstico por las recidivas, reproducciones y generalizaciones. Pero de todo modos, mientras los progresos en los múltiples campos de la patología y clínica no señalen otros derroteros, el cirujano, en dinámica preocupación, continuará operando los cánceres en que ello esté indicado, y que por su etapa, topografía y extensión lo permitan, en busca de prolongar la vida y salud.

Y para terminar, y aunque parezca contrasentido y como exteriorización de íntimo deseo, manifestamos con emoción real que nuestro más intenso anhelo, nuestra inquietud mayor, es terminar precisamente con la preocupación quirúrgica en cáncer, evitándose las mutilaciones cuando el cáncer se cure por otros procedidientos no demoledores. Entonces, la paz espiritual invadirá nuestro ser.

RESUMEN

La existencia de un carcinoma, sea cual fuere su localización y características, plantea siempre al médico, y en especial al cirujano, una serie de preocupaciones e inquietudes, no sólo de orden clínico o puramente quirúrgico, sino también respecto a su etiología, patogenia, identificación, porvenir del paciente, inseguridad del pronóstico, etc.

Con su característica sinceridad, el autor esboza y presenta este panorama de incertidumbres en los momentos iniciales de diagnóstico de una neoplasia maligna, en los de actuación terapéutica, en los problemas ligados a su especial topografía y en los de recidivas, reproducciones y generalizaciones, acreditándose como clínico humano y sagaz y como cirujano experto.

Dirección: Marsella, 11. Méjico, D. F.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 400 - TOMO LXVIII
JULIO 1959

DISPENSARIO DERMATOLÓGICO Y DE HIGIENE SOCIAL
Director: E. DE GREGORIO

DERMATOMICOSIS POR LEVADURAS (SU CLÍNICA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO)

POR EL

DR. EDUARDO DE GREGORIO GARCÍA-SERRANO

ZARAGOZA

DENTRO del gran grupo de las micosis cutáneo-mucosas existe el de las producidas por levaduras, hongos unicelulares que, como tales, perteneciendo al género *endomices*, y grupo de los *ascomicetos*, se presentan bajo la forma de células, redondas, ovales o cilíndricas, envueltas por una membrana bastante espesa, que encierra un protoplasma incoloro con vacuolas y gránulos refringentes. Se multiplican por gemación o por un seudofilamento miceliano.

Su tamaño varía de 1 a 4 micras de ancho por 1'5 a 9 micras de largo. La gemación consiste en la aparición en cualquier punto de su superficie de una prominencia o yema, que aumenta después de volumen y da lugar a una nueva célula que se separa de la célula madre. Otras veces pueden dividirse por tabicamiento, dando lugar a un seudomicelio.

Siempre que una levadura no encuentra condiciones apropiadas para su desarrollo, adquiere formas o condiciones de resistencia. En estos casos se produce una especie de esporulación, se forman las células llamadas *esporangios* o *ascas*, conteniendo en su interior los esporos o ascósporos. La forma de los esporos es redondeada u oval, con un gránulo de grasa en su interior.

Estos esporos permanecen dentro de la célula que podemos llamar madre mientras no germinan; si esto ocurre, es rota la pared que los encierra y quedan en libertad. Cuando el medio es favorable para su nutrición, los ascósporos se hinchan, se engruesan, adquieren el aspecto de células vegetativas ordinarias y germinan por yemas.

La mayoría de estos gérmenes viven saprofíticamente en el mundo que nos rodea, y de vez en cuando, por condiciones que muchas veces no podemos enjuiciar con exactitud, se desenvuelven como patógenos para el hombre y crean síndromes clínicos bastante bien definidos. Entre las distintas levaduras existen aquellas de patogeneidad perfectamente definida, según ocurre con las del grupo *Monilia*, *Cándida* y *Geotrichum*, *Cándidum* u *Oidium lactis*. Moniliasis o candidasis, las primeras, y oidiomicosis, las segundas.

Comunicación presentada a la Real Academia de Medicina, en la sesión del 30 de abril de 1959.

Todas estas afecciones, desde hace tiempo, son bastante bien conocidas, aunque, a decir verdad, desde el uso y empleo de los antibióticos son de observación más frcuente. Solamente recordaremos que el intertrigo micósico ya fue descrito por WHITFIELD en 1908, por DUBREUILH más tarde, y ampliamente, con todo detalle, por JOULIA, al estudiar, en 1926, las epidermicosis por levaduras de tipo *oidium*.

Hoy llaman grandemente la atención estas dermatosis y se observan estudiadas por los autores franceses con el nombre de *candidasis*, afecciones producidas por levaduras del género *Cándida*, y por los autores anglosajones, como *moniliasis*, al ser producidas por *monilias*.

De estas micosis cutáneas pretendemos ocuparnos, aunque sea brevemente, en esta comunicación. A su estudio relacionado con su localización interdigital ya fue dedicado por nosotros un amplio estudio en 1929, publicados en *Actas Dermosifiliográficas*, con motivo de nuestra pensión para estudiar tiñas con el doctor SABOURAUD, y donde existe todo lo importante sobre este capítulo de la Dermatología. Nos ocuparemos solamente de las localizaciones o manifestaciones cutáneas y mucosas, sin que por ello dejemos de hacer constar la existencia de formas extracutáneas y mucosas, como las localizaciones digestivas, broncopulmonares y hasta generalizadas. Estas formas, muchas veces consecutivas a una primitiva localización cutánea, se separan del campo de nuestra disciplina.

En uno como en otro caso, bien sea tal germen denominado como *cándida* o monilia, se trata de un *endomices albicans*.

Aunque son muchos los gérmenes existentes o perteneciendo al género *cándida*, solamente unos pocos de los habituados a una vida saprofita, sobre todo en las mucosas, son los que pueden transformarse en patógenos para el hombre. Son éstos: el *Cándida triadris*, *C. stellatoidea*, *C. truncata*, *C. tropicalis*, *C. seudotropicalis*, *C. Guillermondi*, *C. Brumpti* y *C. Crusi*.

Tales levaduras son gérmenes saprofitos extraordinariamente difundidos en el mundo exterior. Han sido aislados en el aire por PASTEUR VALLERY-RADOT y por DI MENNA ANGELLO en el suelo. Son muy abundantes en la tierra de los jardines, y como verdaderos saprofitos viven en el agua, legumbres, frutas, cereales, quesos, mantequilla, leche, etc.

Son frecuentes en la mucosa bucal y vaginal; no son raros en los bronquios, según ha demostrado su búsqueda sistemática. Existen en la piel de sujetos sanos y, en determinadas condiciones, en las heces y esputos. Es decir, tienen una gran difusión.

Para estos saprofitos, como para otros muchos, son precisas determinadas condiciones del sujeto, que al favorecer su actividad y desarrollo los convierten en patógenos. Son de carácter general, unas, y locales, otras. La edad es factor importante que entra en juego. Por ello, en la primera infancia y en la vejez son más frecuentes los procesos producidos por monilias. Para explicar este hecho se ha pensado en un proceso de inmunidad y resistencia, que, iniciándose después del nacimiento, aumenta de forma progresiva en la edad adulta y decrece en la senectud por condiciones propias del sujeto. En el niño, como en el viejo, juega papel importante su nutrición y resistencia orgánica. En el primero, su mal estado de nutrición, una lactancia irregular e inapropiada, constantemente favorecen la producción de una moniliasis.

Tanto en el niño como en el adulto y en el viejo, juegan papel importante alteraciones de la piel de carácter estrictamente local. Por ello en los intertrigos por levaduras es de importancia el estado de humedad, la acidez de la piel y su

maceración. La acidificación de la leche en la boca del lactante favorece considerablemente la producción del muguet.

La región juega no menor importancia. En los pliegues cutáneos, donde con frecuencia son maceradas las células de la capa córnea, y donde el sudor es abundante, sobre todo en personas gruesas, se crea un medio apropiado para el mejor desarrollo de las levaduras. Tal maceración de la piel es muchas veces favorecida con el uso prolongado de guantes de goma, por calzados poco permeables y, sobre todo, por falta de cuidados higiénicos y por el uso de prendas de vestir inadecuadas.



Fig. 1.—Intertrigo micósico.

Ciertas micosis son más frecuentes en las manos de determinados sujetos que por su profesión vienen obligados al manejo repetido de frutos ácidos o azucarados constantemente humedecidos, y al manejo de detergentes lesivos y lavados prolongados. Como trastornos de orden general, juegan papel importante la obesidad y toda hiperglucemia. Similarmente ocurre con la acidosis asociada a un estado de deshidratación, como suele ocurrir en los caquécticos. Aunque no se conozca exactamente el mecanismo en virtud del cual los trastornos endocrinos favorecen la patogeneidad de las levaduras, bien sea por una sobrecarga de glucógeno de las células epidérmicas o por un aumento de estrógenos en ellas, señalaremos como hecho cierto que el embarazo favorece la producción del muguet vaginal.

Como ya antes hemos apuntado, todas las causas de orden general, como las infecciones, tanto agudas como crónicas, o las intoxicaciones que puedan alterar el estado inmunitario y de defensa orgánica, favorecen la producción de una moniliasis.

Determinadas alteraciones de origen general, al tener repercusión directa en la producción de trastornos o modificaciones de la piel y mucosas, facilitan la patogeneidad de las referidas levaduras. Así ocurre con ciertas avitaminosis y disvitaminosis. Toda disvitaminosis B_2 favorece la producción de ciertas glositis y del perleché o boqueras. La carencia de B_6 y, en menor grado, toda falta de vitamina A, lleva aparejada una más fácil producción de infecciones mucosas.

Revisten en la actualidad gran importancia, por su frecuencia, los trastornos de esta misma naturaleza consecutivos a la terapéutica antibiótica. Existen infinidad de autores que han probado plenamente cómo el uso de antibióticos de amplia

actividad antimicrobiana, al ser usados por vía oral, son responsables de la producción de lesiones mucosas y cutáneas consecutivas a la proliferación de monilias. A Graciansky, Delaporte, Yonin, Leclere, Gate, Sáez, Robinson, Woods, Jansen, pueden citarse, entre otros.

Aunque demostrada esta estrecha relación entre un proceso cutáneo o mucoso consecutivo a levaduras y el empleo prolongado de un antibiótico, no ha podido comprenderse todavía con exactitud su mecanismo de producción. Es muy posible que, siendo un huésped habitual saprofito, un germen del tipo cándida o monilia, éste aprovecha la destrucción total o parcial de otro germen existente para desenvolver su poder patógeno. Al destruir la terapéutica antibiótica el equilibrio bacteriano existente, y al ser alterado su medio biológico, determinada levadura hasta este momento simple saprofito, no solamente encontrará un medio ambiente propicio para su desarrollo, sino que se transformará en patógeno.



Fig. 2.—Epidermoficia de la mano, por levaduras.

Si recordamos que determinados estados de avitaminosis favorecen la producción de una moniliasis, y tenemos en cuenta que el uso prolongado de antibióticos por vía oral lleva muchas veces aparejada la producción de una avitaminosis como consecuencia de la supresión de determinados gérmenes que intervienen en la biosíntesis y absorción de las vitaminas, podrá explicarse en parte por qué en estos casos es posible un mayor y rápido desarrollo de las levaduras y la producción de una moniliasis mucosa.

Formas clínicas

Intertrigo.—El intertrigo por levaduras es de las manifestaciones más frecuentes. Se observa sobre todo en los grandes pliegues cutáneos, como los submamarios génito-crurales, axilares y subumbilicales (fig. 1), donde, por ser el frotamiento de las superficies casi permanente en las personas gruesas, y abundante el sudor, se crea un terreno extraordinariamente favorable para el desarrollo de toda levadura. Es más fácil todavía este desarrollo cuando a las condiciones señaladas se suma una falta de higiene corporal.

Dicho intertrigo reviste caracteres clínicos bien definidos. En el pliegue existe una zona cutánea de color rojo encendido, simétrica muchas veces y recubierta de

un exudado amarillento fácilmente desprendible. Los bordes, muchas veces festoneados, aparecen rodeados de una especie de seudomembrana de color amarillento y ligeramente desprendido. En zonas próximas y limítrofes suelen existir vesículo-pústulas repartidas por la piel sana. El prurito es constante y a veces acusado.

Epidermomicosis interdigital.—Como su nombre indica, se caracteriza por la localización del proceso en los espacios interdigitales de manos y pies (figs. 2 y 3). Tanto en unos como en otros, reviste un aspecto dishidrosiforme, constituído por pequeñas vésico-pústulas más o menos abundantes. Al ser destruído el techo de estas vesículas, queda al descubierto una piel más o menos ulcerada y supurante. En su modalidad de localización en manos conocida como *erosivo interdigitalis blastomicética de Fabry*, se observa una erosión fisuraria interdigital muchas veces limitada al tercer espacio interdigital.

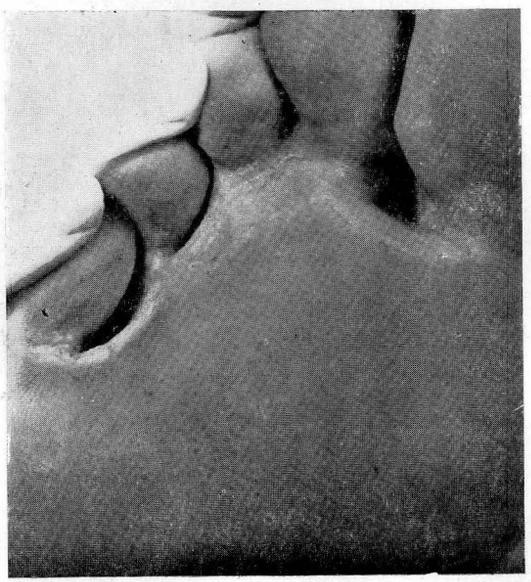


Fig. 3.—Lesión dérmica por levaduras en surco dígito-plantar.

Onixis y perionixis.—Muy frecuentes estas afecciones, producidas por hongos filamentosos como los tricofitones, en alguna ocasión pueden ser producidas por levaduras. Nosotros contamos con algún caso como los referidos por Castellani y Chalmars, Benedek y Simons (figs. 4 y 5).

Como todos estos procesos micósicos, se caracterizan tales onicosis por alteraciones del crecimiento de la uña, engrosamiento de ésta en su borde libre, estriaciones y rugosidades en su superficie y un estado semiinflamatorio a veces en el reborde ungueal en forma de un proceso de perionixis atenuado.

Muguet del mamelón.—Es consecutivo a la lactancia de un niño con muguet bucal. En el pecho se observa una lesión de tipo eczematiforme, rico en levaduras.

Otras formas cutáneas.—Son raras las formas cutáneas generalizadas, y si así ocurre se observan en el lactante coincidiendo con otras localizaciones mucosas o viscerales graves. Joulia, Rothmann y colaboradores refieren un granuloma cutáneo con elementos levuliformes incluídos en el tejido granulomatoso.

Muguet.—Esta micosis se caracteriza, como todos sabemos, por su localización en mucosa bucal. La lengua presenta un enrojecimiento en virtud del cual su mucosa aparece de color rojo subido, en zonas, y envuelta o protegida de una especie de seudomembrana de color grisáceo, fácilmente desprendible. Arrancada esta seudomembrana, la mucosa aparece lisa, roja, como barnizada y no ulcerada. Invadida primeramente la lengua, más tarde el proceso se generaliza a los labios, encías, velo del paladar y faringe.

Boqueras.—Conocida esta afección también con el nombre de *perleché* por los franceses, se caracteriza por una fisura en comisuras bucales, con una semimucosa como macerada, de color blanco grisáceo. Su evolución es francamente crónica. Su producción requiere casi siempre la existencia de una carencia vitamínica del complejo vitamínico B_2, que haga favorable el terreno para el desarrollo de su germen productor. Aunque éste sea muchas veces un estreptococo, otras muchas es una levadura del tipo cándida. Un defecto vitamínico de origen alimenticio es bien manifiesto en ciertos brotes epidémicos en ocasiones observados en colectividades como colegios, orfelinatos, etc.



Fig. 4.—Pie. Onicomicosis por levaduras.

Vulvovaginitis.—La vulvovaginitis se caracteriza por un estado inflamatorio bastante acusado de vulva y vagina, y hasta por una mucosa erosiva vulvar, recubierta de un estuche amarillento, según ocurre en la mucosa bucal. Conjuntamente puede existir un exudado vaginal espeso y amarillento, acompañado de escozor y prurito.

Leucorreas rebeldes han sido descritas por Hesseltine, Botz, Plass y Gauthier, entre otros, con monilias en cultivo puro en dicho exudado.

En no pocas ocasiones el proceso invade zonas próximas cutáneas, como surcos inguinales e interglúteo, con el mismo aspecto que el intertrigo micósico ya anteriormente descrito.



Fig. 5.—Pie. Onicomicosis por levaduras.

Balanopostitis. — Esta, como otras micosis mucosas por levaduras, está representada por una mucosa enrojecida recubierta de un exudado adherente de color gris amarillento, en forma de seudomembranas. El prurito es constante; el estado inflamatorio puede ser acusado y hasta puede existir un exudado amarillento maloliente.

Prurito anal. — Las diarreas consecutivas a la terapéutica por antibióticos por vía oral, portadora ella de levaduras, es causante del prurito de esta región. El desarrollo posterior de tales gérmenes muchas veces motiva la producción de un intertrigo con sus características bien definidas. Se observa una semimucosa enrojecida, macerada, fácilmente dolorosa y sembrada de vesicopústulas.

Lengua negra pilosa.—Esta afección es, según algunos, de observación más frecuente desde el empleo de la terapéutica antibiótica. Durante años, su germen productor no fue bien identificado, aunque siempre se pensó en un origen micósico. Se caracteriza por un ennegrecimiento de la mucosa de la lengua en su cara anterior. En ésta, las papilas están hipertrofiadas, alargadas y de color francamente oscuro. Aunque puede existir una ligera sensación de escozor, la realidad es que se trata de una afección totalmente indolora. Solamente llama la atención su coloración.

* * *

El diagnóstico clínico de cada una de estas afecciones no reúne realmente la menor dificultad.

Un intertrigo por levaduras se asemeja grandemente a todo intertrigo. Unicamente, así como en un eczema de esta región en su período agudo la exudación es más abundante y el escozor y prurito son mayores, en el producido por levaduras es constante el desprendimiento de sus bordes festoneados de una epidermis en forma de colgajo de aspecto macerado. También es característica la existencia de vesicopústulas diseminadas por la piel sana en las zonas próximas.

La erosivo-interdigitales blastomicética es muy próxima a la vulgar dishidrosis y eczema dishidrósico, como muy similar es también la epidermomicosis dishidrosiforme interdigital producida por epidermofitos y tricofitones. En estos casos solamente un examen microscópico puede fijar el diagnóstico.

Un *perleché* no puede confundirse con ninguna otra dermatosis. Una vulvovaginitis, como una balanopostitis y un prurito anal, como una lengua pilosa nigra, son afecciones perfectamente definidas desde el punto de vista clínico. En toda vaginitis hay que descontar la posibilidad de una asociación de tricomonas. En todos estos casos hay que poner de manifiesto su germen productor. Este germen levuriforme ha de ser comprobado microscópicamente e identificado mediante su cultivo. Su comprobación microscópica es fácil de conseguir buscando el germen bien directamente o con una simple tinción en los restos de epidermis macerados y blanduzcos como falsas membranas fáciles de desprender en los bordes de la lesión.

Microscópicamente, el germen aparece bajo la forma de elementos levuriformes constituídos por blastósporos de forma redondeada, vegetantes y revestidos de una gruesa membrana, o bien con la forma de un seudomicelio tubular que puede vegetar por blastósporos articulados.

Tal visión microscópica no siempre permite fijar con exactitud la naturaleza del germen, ya que puede tratarse de un elemento levuriforme totalmente saprofito y banal, sin papel patógeno definido. Por ello es preciso recurrir a su cultivo y diferenciación en un medio de levadura de cerveza sólido y ácido adicionado de un antibiótico (penicilina, cloromicetina), para evitar el desarrollo de gérmenes saprofíticos que puedan enmascarar el desarrollo de la levadura. En este medio se comprueba la existencia de una levadura desarrollada bien en forma de blastósporos, de un seudomicelio o bien clamidósporos de gran tamaño con una pared espesa, como ocurre con el *monilia* o *cándida albicans*. Los gérmenes pertenecientes al género monilia o cándida dan lugar, en los cultivos, a calmidósporos o a un seudomicelio que da nacimiento a una yema lateral o terminal; jamás producen ascas. La identificación de una determinada especie exige el estudio de la fermentación de azúcares. Cuando se trata de un germen perteneciente al grupo *Geotrichum*, microscópicamente se observan multitud de artrósporos formando como cadenas de gruesos bacilos y filamentos micelianos.

Tratamiento

Todo tratamiento ha de ir encaminado a la modificación del terreno, a suprimir toda terapéutica que pueda favorecer el desarrollo del germen, y a la destrucción de éste, bien mediante una terapéutica de orden general o de carácter local, que lo destruya en las zonas cutánea y mucosa en que esté asentado. Como ya anteriormente hemos señalado, en gran número de ocasiones el paso de parásito vulgar e inofensivo del germen a patógeno requiere una alteración o modificación previa del terreno donde aquél asienta. Por ello es indispensable que, mediante una terapéutica adecuada, sea corregida tal alteración orgánica.

Todo estado humoral de acidosis que pueda favorecer el desarrollo de los gérmenes será corregido con una terapéutica alcalinizante. Ni que decir tiene que en este caso han de ser útiles las aplicaciones locales, sobre las lesiones, de compresas alcalinas a base de bicarbonato sódico.

Toda diabetes o estado de hiperglucemia, por las mismas razones, ha de ser corregido. Similarmente ocurre con toda disvitaminosis o avitaminosis, que permite una inoculación y favorece el desarrollo del germen. Un régimen alimenticio equilibrado y la administración de vitaminas A, C y del grupo B_2 y B_6, es indispensable.

Puede tener importancia la supresión o modificación de todo traumatismo irritante en las zonas sometidas a un roce permanente, como ocurre en los grandes pliegues cutáneos (submamarios, inguinales, etc.), donde, por tal hecho, se facilita la maceración de las capas córneas y se favorece toda infección secundaria, que muchas veces constituye un facor de entretenimiento capaz de producir una sensibilización cutánea.

Ni que decir tiene que toda terapéutica antibiótica por vía oral, con los agentes terapéuticos antes señalados como productores de una avitaminosis, ha de ser suprimida.

Adoptadas todas estas medidas de carácter general, llega el momento del empleo de agentes antimicóticos. Estos pueden ser utilizados como una medicación de carácter general, o aplicados únicamente sobre las lesiones. Entre los primeros contamos hoy con la Nystatina, antibiótico de indudable eficacia administrado por vía oral a la dosis de 4 a 6 grageas por día, de 500.000 U. cada una, durante cinco a diez días.

Como agentes de aplicación local, contamos con muy variados. Ya hemos señalado la conveniencia del empleo local de sustancias alcalina. Son de aconsejar las soluciones de ácido bórico al 1'5 por ciento, de permanganato potásico al 0'20 por ciento, y de cloramina al 1 por ciento. Entre las diversas sustancias colorantes con poder antimicrobiano y antimicótico, son recomendables la eosina, azul de metileno y violeta de genciana en solución hidroalcohólica al 1 y 2 por ciento. Entre los ácidos grasos no saturados, figura de forma preferente el empleo del ácido undecylénico, y como antibióticos utilizados localmente, la Nystatina en forma de pomadas, con perfecta tolerancia, y la Tirotricina, también en pomada, en polvo o en solución.

Con todos estos agentes se cumplen perfectamente todas las indicaciones terapéuticas. Su utilización puede en ocasiones variar según la lesión que tengamos que tratar. Toda micosis cutánea, por su carácter irritante y de fácil eczematización, requiere cierta prudencia para evitar esta eventualidad. Por ello, en su fase aguda, no son recomendables los agentes antimicóticos en forma de pomadas y a base de ácidos grasos no saturados. Se emplearán en primer lugar fomentaciones de per-

manganato potásico, ácido bórico, sulfato de cobre, etc. Más tarde, violeta de genciana y azul de metileno. Y cuando existe un proceso de eczematización, ha de ser tratado éste con su propia terapéutica, para más tarde hacer un tratamiento puramente antimicótico.

En el muguet se administran vitaminas B_2 y B_6, A y C. Lavados repetidos de la boca con agua bicarbonatada; colutorios a base de glicerina boratada, violeta de genciana, tirotricina, Nystatina en grageas. De forma similar hemos de proceder con la lengua negra pilosa y con el perleché o boqueras. En la candidosis vulvovaginal hay que tener en cuenta la localización y extensión del proceso para poder realizar un correcto tratamiento. Toda leucorrea ha de ser tratada con lavados alcalinos de ácido bórico o con una solución templada bicarbonatada, a fin de mejorar el estado inflamatorio de la mucosa, al mismo tiempo que modificar el estado de acidez en virtud del cual el germen encontrará dificultades para su desarrollo. Esta terapéutica local puede ser completada con el empleo de óvulos vaginales a base de ácidos grasos no saturados, como el ácido propiónico y undecylénico.

Toda vulvitis aguda ha de beneficiarse con la acción antiflogística de unas compresas bicarbonatadas, y las lesiones cutáneas serán tratadas con los mismos medios ya señalados en la terapéutica del intertrigo. Las mismas directrices o parecidas se seguirán en el tratamiento de las balanopostitis y del prurito anal.

RESUMEN

Se hace una descripción de las afecciones micóticas cutáneo-mucosas causadas por las levaduras, que en algunos casos, al favorecerse su actividad y desarrollo, se hacen patógenos y producen trastornos locales y generales, sobre todo en ancianos y niños.

Se mencionan las formas clínicas más frecuentes y sus localizaciones habituales, haciendo consideraciones respecto al diagnóstico y tratamiento de las mismas.

Domicilio: D. Jaime I, 16, pral. dcha. Zaragoza.

AFORISMOS GASTROENTEROLOGICOS

La Medicina es una orquesta (Bori Viaud); su director es el clínico, y los instrumentistas son los especialistas; no hay Medicina, si los especialistas no responden al director. Hay instrumentistas que por creer que su órgano es el más importante, sólo instrumentan y destruyen la mejor sinfonía que conoce la naturaleza: el ser humano.

* * *

Ante un divertículo digestivo debe rastrearse la coexistencia de un cáncer.

* * *

Mientras quedamos hipnotizados frente a un divertículo gigante o raro, el cáncer solapado a pocos centímetros de esa imagen, se mofa de nuestra inocencia.

* * *

El cáncer es el más riguroso censor de la Medicina; nos ha enseñado que es imposible el diagnóstico dogmático.

* * *

En Medicina el único axioma que existe es que: *el axioma es incompatible con el arte de curar.*

Dr. JUAN NASIO

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 400 - TOMO LXVIII
JULIO 1959

CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE LIMA
Catedrático: Dr. CARLOS A. BAMBARÉN

GRUPOS SANGUÍNEOS «M» Y «N» EN POBLADORES MESTIZOS DE LIMA (PERÚ)

POR LA

SRTA. NÍSIDA CORONADO ZELADA

LIMA (PERÚ)

Los estudios que se efectúan en el campo de la inmunohematología y la incorporación de nuevos sistemas de grupos sanguíneos, hacen que la grupología sanguínea o hemotipología constituya verdadera especialidad que rebasa el terreno puramente médico o biológico.

En el campo inmunohematológico es posible encuadrar a los seres humanos en cada uno de los grupos de los diferentes sistemas sanguíneos; esto es de importancia decisiva en las transfusiones de sangre de unos individuos a otros, teniendo importantes aplicaciones en el campo de la genética, antropología, etnografía, investigación de la paternidad, identificación personal, estudio de las razas humanas, distribución de la población del globo, etc.

GAMARRA-HERNÁNDEZ, MORALES MACEDO y WEIS, de Lima, en 1929, dijeron que «el estudio de los grupos sanguíneos constituye un paso avanzado en el intrincado problema de la fisiología individual, y es un medio antropológico de clasificación racial que tiende a superar a todos los datos morfológicos (color, forma, etc., de ojos, cabeza, etc.), que se desvirtúan día a día, conforme se avanza en el estudio de las paravariaciones en el hombre. El conocimiento de la constitución individual, en relación con los genotipos, que antes no tenía en la clínica más apoyo que el inseguro de la anamnesis, encuentra también en el estudio de los grupos sanguíneos un medio fijo de determinación».

En 1927, un cuarto de siglo después del descubrimiento de los grupos ABO, LANDSTEINER y LEVINE hallaron otro sistema de grupo sanguíneo que denominaron MN, de positivo interés para la genética, antropología y etnología, aunque no de igual importancia en cuanto al problema de las transfusiones.

Debido a la rigidez mendeliana con que se heredan los genes correspondientes a este sistema, y porque no pueden faltar en ningún individuo, son hoy un medio seguro de clasificación antropológica, y son también de gran importancia en la investigación biológico-jurídica de la paternidad y filiación; pero, por supuesto, solamente sirven para que en determinadas condiciones puedan excluirse parentescos imposibles.

Este trabajo expone los resultados obtenidos en la determinación de los subgrupos M y N en ciento ochenta sujetos sanos de la población mestiza de Lima, y se desarrolla en las siguientes partes: En la primera se exponen los lineamientos generales de los subgrupos del factor MN; en la segunda parte se describe la técnica para la determinación de estos factores; en la tercera se enumeran las investigaciones efectuadas y se hace la interpretación de los resultados; por último, se formulan las conclusiones.

De las ciento ochenta muestras de sangre identificadas, ciento veinte se determinaron en el Banco de Sangre del Hospital Obrero de Lima, contando con las facilidades prestadas por el doctor GUILLERMO ALMENARA, director de dicho Banco. Las cincuenta determinaciones restantes se completaron en el Banco de Sangre del Hospital Militar, gracias a la gestión del director de dicho Banco, doctor JESÚS PINEDA MORALES, quien tuvo que vencer la oposición de algunos funcionarios de ese Nosocomio.

La estrecha colaboración de estos dos profesionales, doctores ALMENARA y PINEDA MORALES, hizo posible, en corto tiempo, la verificación de este trabajo. Se deja expresa constancia del reconocimiento por esta efectiva contribución.

La *Ortho Pharmaceutical Corporation of Ranitan*, de New Jersey, proporcionó los sueros anti-M y anti-N, por intermedio del señor Abraham Shor.

El doctor CARLOS A. BAMBARÉN, catedrático de Farmacología y Posología en la Facultad de Farmacia y Bioquímica de Lima, asesoró la verificación del presente trabajo, proporcionando al efecto bibliografía adecuada y, lo que es más importante, efectuó la corrección de los originales. En forma muy especial, reciba el doctor BAMBARÉN mi reconocimiento.

SUBGRUPOS DEL FACTOR M Y N

En 1927, como resultado de inyecciones de sangre humana a conejos, LANDSTEINER y LEVINE [13] descubrieron un nuevo sistema de grupos sanguíneos, que llamaron MN, estableciendo el mecanismo de su herencia por medio de dos genes alelomorfos, y con arreglo a sus especiales características vieron que todos los individuos podían dividirse en tres grupos: M (29 por ciento), N (23 por ciento) y MN (48 por ciento), que se refieren a individuos de raza caucasoide.

Posteriormente, en 1947, WALSCH y MONTGOMERY [23], estudiando el sistema MN, descubrieron un posible aglutinógeno asociado a este sistema, que RACE y SANGER (1947) denominaron S (los autores «se consideran responsables del lamentable olvido en cuanto al uso de la letra S, empleada para distinguir los genes «secretores»), formándose el sistema MNS, lo que da como resultado la existencia de cuatro genes alelomorfos en los «loci» correspondientes a M y N.

El uso del anti-S da como resultado que el sistema MNS sea apenas un poco menos efectivo que el Rh para diferenciar dos muestras de sangre. Las subdivisiones de los grupos MN encontrados con anti-S aumentan considerablemente el número de uniones distinguibles.

Antígeno N_2.—Es aglutinógeno raro, que reacciona levemente aun con aglutininas anti-N potentes. Fue encontrado por CROME FRIEDENREICH [6]; efectuó investigaciones con este antígeno en una familia numerosa y demostró su herencia mediante un tercer alelomorfo N_2 con localización en la posición MN del cromosoma.

ANDRESEN [1], del Instituto de Medicina Legal de Copenhague, encontró en diez años, investigando veinte mil casos de paternidad discutida, ocho veces el N_2, «incluyendo los cuatro casos conocidos por FRIEDENREICH».

Antígeno M_2.—Es una forma débil del antígeno M. FRIEDENREICH y LAURIDSEN [7], y JAKOBOWICZ, BRYCE y SIMMONS [11], lo describen como un antígeno M, cualitativamente diferente del M habitual.

JACQUES RUFFIE [19] dice, a propósito del sistema MN y de sus series alélicas, que «se sabe desde hace poco que este sistema está formado de tres, y puede ser de cuatro, series de aleles portados por el mismo cromosoma. No es, pues, un sistema simple como se creyó en un principio».

«*La primera* serie comprende las variaciones M, N (factores normales), M_2, N_2 (factores atenuados) y M^c descubierto por DUNSFORD, IKIN y MOURANT [4]; este factor representa una mutación intermediaria entre M y N, aglutinable a la vez por ciertos sueros anti-M y por ciertos sueros anti-N. Los genes condicionantes de estos factores parecen estables.

La segunda serie polialélica del sistema MN comprende los genes S y s condicionantes de los factores del mismo nombre. Estos genes son condominantes. Una mutación Su la han descrito SANGER y otros. Ella entrañaría la ausencia de los factores S y s, y, puede ser, la presencia de un nuevo factor aún no descubierto.

La tercera serie está probablemente formada por los factores He (Henshaw), Hu (Hunter), factores sin duda condominantes, y por un alele recesivo «h» que condicionaría la presencia de algún factor hoy desconocido. Los factores He y Hu son mucho más frecuentes en los blancos que en los negros.

Hu es el más a menudo ligado al cromosoma Ns, raramente a NS, jamás a MS o Ms. He está, sobre todo, ligado a Ns, muy raramente a NS.

La cuarta serie. Existe una cuarta serie alélica (y puede ser una quinta) representada por los factores Mi(a) y Vw y sus mutaciones recesivas. El factor Mi(a) fue descubierto por LEVINE y otros, en 1951 [14], con ocasión de un accidente de isoinmunización. El facto Vw fue puesto en evidencia por VAN DER HART [22] y otros, en una madre inmunizada por el feto.

Estos dos factores son raros y se heredan como los caracteres mendelianos simples dominantes. Están ligados al sistema MNSs.

Como quiera que sea, y teniendo en cuenta estos diferentes factores, el sistema MN Ss Hu-He Mi(a) Vw parece al menos tan complejo como el sistema Rhesus, puesto que él está condicionado al menos por cuatro (y si no cinco) series polialélicas.»

Es importante consignar que dentro del sistema MN no hay sujetos M o N negativos, puesto que los aglutinógenos M o N o la combinación MN están siempre en los eritrocitos humanos. Se sabe, además, que es un factor permanente que dura toda la vida, y, más aún, que el título de los aglutinógenos M y N es constante, tanto en el adulto como en el recién nacido.

En un estudio de treinta y ocho muestras de sangre de recién nacidos, HARRIET S. HYMAN y PARKER [10] demostraron que los aglutinógenos M y N están completamente desarrollados al séptimo mes de vida prenatal.

«Los anticuerpos M y N se encuentran rara vez en los sueros humanos, y cuando esto ocurre, según MOLLISON, son más activos en el frío que a 37°», escribe CATALINA WING [24].

GUY VAN GOIDSENHOVEN [9] dice que los aglutinógenos M y N, al igual que los aglutinógenos A y B, no son termolábiles, en tanto que el factor Rh sí lo es.

Se afirma que la distribución de los aglutinógenos MN es independiente de cualquier otro sistema de grupo sanguíneo, y es igualmente independiente del sexo.

Distribución de los antígenos MN en el cuerpo humano

«La investigación de sustancias M y N fuera de los hematíes no tuvo éxito sino hasta que Kosjakov y Tribulev [12], empleando un procedimiento dirigido a eliminar el poderoso efecto absorbente no específico de los extractos de tejidos, encontraron cantidades aproximadamente iguales de antígenos en la célula hepática y renal, y diferentes en las del cerebro y músculo. Boorman y Dood, empleando el mismo método, verificaron cantidades comparables de sustancias M y N en suspensiones de tejido hepático, renal y esplénico y de glándula salival, pero solamente vestigios en la saliva. Wiener y Forer han señalado el insignificante contenido antigénico en la saliva al emplear ésta para inhibir el anti-A y el anti-B de un suero humano anti-M y no observar pérdida de este último.» [16]

Aglutininas del sistema MN

Las aglutininas naturales contra M o N son extremadamente raras. Al respecto, R. Doerr [3] comenta que si entre los grupos M, N y MN «se dieran las mismas relaciones que entre los grupos sanguíneos clásicos, en el suero M debiera existir una aglutinina anti-N, y en el suero N, una aglutinina anti-M, y faltar ambas aglutininas en el suero MN; pero sólo en 1947, L. de Krome y L. A. M. Vander Spec encontraron en el suero de una mujer aglutinina anti-N, y la anti-M sólo en casos muy raros (E. Wolff y B. Jhonsson, 1933; W. Friedenreich, 1937; T. Moureau y J. Lambert, 1939)».

«Por consiguiente, en este caso la presencia en los hematíes de uno de los dos factores específicos de grupo no determina de ningún modo la existencia de la aglutinina compatible en el suero, sino que una de las aglutininas no se encuentra nunca, y la otra, sólo excepcionalmente; por ello parece probable, hasta un cierto grado, que los grupos sanguíneos clásicos, la aparición de las aglutininas compatibles alfa, beta, o alfa más beta, tampoco se debe al contenido en los hematíes de B, de A, o a la falta de B y A, respectivamente, sino que se debe a un mecanismo independiente.»

«La falta de anti-N y la extraordinaria rareza de anti-M en el suero humano, atestiguaría que el organismo del hombre *no es capaz de sintetizar estas aglutininas; sólo puede hacerlo excepcionalmente.*»

Mecanismo de herencia de los grupos MN.—Hereditariamente, los aglutinógenos M y N se comportan como dos factores dominantes, cuyos genes se heredan rigurosamente, según las leyes mendelianas.

En el cromosoma de las células germinales que cada progenitor aporta, existe un gene alelomorfo M o N; al efectuarse la unión de las células germinales, la célula somática resultante lógicamente tendrá dos «loci» para cada uno de los dos genes. Según esto, ningún hijo podrá tener características grupales que no las posean los padres, y, viceversa, éstos transmiten a sus descendientes únicamente el carácter que ellos tienen.

Entonces, la combinación M-M sólo puede dar hijos M (homocigotas), y la combinación N-N, hijos N (homocigotas); los tipos MN transmiten a sus descendientes ya sea una u otra de estas propiedades, de modo que una combinación M-N puede dar hijos M, N y MN. Como los tipos M o N no pueden transmitir a sus hijos un carácter que no tienen, una combinación N-N no puede dar hijos M, o una combinación M-M, hijos N. Esto prueba que los tipos M o N no tienen carácter recesivo, diferente del que es puesto en evidencia por la reacción aglutinante.

CUADRO DE LAS COMBINACIONES FENOTÍPICAS

Padre	*Madre*	*Hijo*
M	M	M
N	N	N
M	N	MN

GENOTIPOS Y FENOTIPOS CORRESPONDIENTES EN EL SISTEMA «MN»

Genotipos	*Fenotipos*
MN (homocigota)	M
NN (homocigota)	N
MN (heterocigota)	MN

Grupos MN en Medicina Legal

Como las normas hereditarias de los aglutinógenos M y N se han comprobado, estos resultados autorizan su aplicación médico-legal en las investigaciones periciales sobre la parternidad y la filiación, donde las aplicaciones prácticas de los hemoaglutinógenos M y N adquieren su máxima importancia y alto valor probatorio, pues, dada su independencia de los demás grupos sanguíneos, su transmisibilidad hereditaria mendeliana excluye y prevé determinada paternidad y filiación, aumentando considerablemente el rendimiento de las investigaciones periciales.

CUADRO DE PREVISIONES Y EXCLUSIONES PARA LOS AGLUTINÓGENOS «M» Y «N»

Padre	*Madre*	*Hijos posibles*	*Hijos imposibles*
MN	MN	M, N, MN	
MN	N	N, MN	M
MN	M	M, MN	N
M	N	MN	M, N
M	M	M	MN, N
N	N	N	MN, M

Los grupos MN en etnología

Los grupos MN proporcionan material muy útil para la etnología. Las diferencias raciales se muestran claramente en la distribución de los individuos M, N y MN. Así, las investigaciones efectuadas en sujetos de raza caucasoide evidencian gran frecuencia del fenotipo N, en tanto que las determinaciones hechas en raza mongoloide siempre han demostrado escasa frecuencia de este fenotipo.

En el futuro, los trabajos que se hagan en el aspecto etnológico contribuirán al conocimiento de los movimientos migratorios humanos.

Técnica para determinar los factores M y N

Teniendo en cuenta que en el dominio de los grupos sanguíneos la hemoaglutinación es la más fiel y eficaz, se la empleó como técnica de trabajo.

RAGE y SANGER [16], ROMERO ALVAREZ y GERDA MEYER [18] mencionan el método de la placa y el método del tubo, habiendo trabajado ellos con el método de la placa.

A continuación se enumera el material y reactivos necesarios, se describe prolijamente la técnica, las causas de error en las determinaciones, etc., de acuerdo al siguiente orden:

1) Material usado.
2) Reactivos empleados y preparación de los mismos.
3) Preparación de las muestras.
4) Descripción de la técnica para la reacción de aglutinación.
5) Causas de error en la determinación de los subgrupos.
6) Descripción de la obtención de los sueros anti-M y anti-N.

1) *Material usado*

El material empleado para las pruebas llevadas a cabo fue el siguiente:

1.º Placas de hemoaglutinación.
2.º Baguetas de vidrio de 25 centímetros.
3.º Tubos de prueba de 7/50 milímetros (tubos de precipitinas).
4.º Frascos con goteros.
5.º Centrifugadora (se empleó simplemente una vez).
6.º Congeladora de 12 a 15° bajo cero.

2) *Reactivos empleados y su conservación*

Se utilizó anti-M y anti-N sera (rabbit) de *Ortho Pharmaceutical Corporation*, Raritan, Nueva Jersey, que contenían como conservador azida sódica al 0'1 por ciento. Para que estos sueros se mantengan en condiciones apropiadas, es menester depositarlos en la congeladora, a 5° C. como mínimo.

Se les deberá utilizar únicamente dentro del límite que indica la fecha de expiración.

RACE y SANGER afirman que «para obtener resultados dignos de confianza con los sueros anti-M y anti-N debe emplearse más de un suero de cada tipo. Es recomendable, pues, usar paralelamente tres sueros anti-M y tres anti-N, controlados al mismo tiempo con hematíes conocidos M, N y MN. En caso de que uno de los sueros falle con alguna de las muestras conocidas, deberá descartarse» [16].

3) *Preparación de las muestras de sangre*

Con la sangre fresca obtenida se hizo una suspensión de glóbulos al 10 por ciento. Las muestras de sangre oxalatadas o citratadas se deben rechazar, o, en su defecto, se procederá a lavar los hematíes con suero fisiológico y luego centrifugarlos.

4) *Descripción de la técnica para la reacción de aglutinación*

RACE y SANGER recomiendan el método de la placa. Este método comprende:

1.º Colocar una gota de suero anti-M en una placa, y una gota de anti-N, en otra.

2.º Añadir a cada placa una gota de la suspensión de hematíes en suero fisiológico al 10 por ciento. En la práctica ha sido menester añadir dos gotas, porque la aglutinación era difícilmente apreciable.

3.º Mezclar, dando a la placa movimientos rotatorios.

4.º Leer los resultados, que, de acuerdo a lo que dicen RACE y SANGER, aparecen al cabo de quince segundos.

Cuando la reacción es positiva, la aglutinación es perfectamente clara; más aún se presenta en forma grosera, y si es negativa, el medio es uniforme y continuo.

REACCIONES POSIBLES CON LOS SUEROS ANTI-M Y ANTI-N

Aglutinación con:

Anti-M	*Anti-N*	*Fenotipo*	*Genotipo*
+	—	M	MM
—	+	N	NN
+	+	MN	MN

5) *Causas de error en la determinación de los subgrupos*

En opinión de OTTEMBERG [15], las causas de error más frecuentes e importantes pueden ser:

1.º *Sueros deteriorados.*—Se debe esto a que el poder aglutinante de los sueros disminuye gradualmente, cualquiera que sea el modo de conservarlos.

2.º *Desecación.*—Ocurre cuando la lectura de la prueba no se hace en el término prescrito, produciéndose falsas reacciones positivas, que se deben probablemente a la concentración aumentada de la sal.

3.º *Uso de sueros originales débiles.*—Un suero debe demostrar no solamente que pertenece a un grupo correcto, sino también que tiene un gran poder aglutinante; de lo contrario, las reacciones serán difícilmente apreciables.

Se debe usar en las determinaciones únicamente sangre fresca, porque las sangres guardadas pueden producir falsas reacciones negativas.

6) *Breve descripción de la preparación de los sueros anti-M y anti-N*

La técnica seguida en el Laboratorio de Grupos Sanguíneos del Ministerio inglés de Salubridad, y que es la que recomiendan RACE y SANGER, es:

1.º *Inyección de conejos.*—Si se quiere obtener varios sueros útiles, han de emplearse cuando menos seis conejos para producir suero anti-M, y otros tantos para el anti-N.

Se inyectan hematíes OM a los conejos que donarán anti-M, y hematíes ON, a los que donarán anti-N, a razón de 0'5 c. c. de paquete globular de hematíes lavados de una persona ON (o OM) a cada conejo, por vía intraperitoneal, el primer día (es para evitar el riesgo del choque anafiláctico), e intravenosa, los cinco siguientes. La vena más fácilmente empleada es la auricular posterior, que puede encontrarse cerca del borde externo de la oreja, facilitándose la punción mediante rasurado de las superficies anterior y posterior de la oreja y frotamiento con alcohol sobre la vena.

Los conejos pueden presentar síntomas ligeros de choque, viéndose a veces que se echan y jadean durante diez minutos. Al noveno o décimo día después de la última inyección, se obtienen de 30 a 40 c. c. de sangre, cortando la misma vena con la esquina del filo de una navaja de rasurar. Se deja que la sangre coagule y se recoge el suero al día siguiente (si es necesario, se separa el coágulo con agitador de vidrio). El suero de cada conejo se envasa en cantidades pequeñas, de 1 ó 2 c. c., llevándose a cabo, de todos modos, la inactivación por media hora, a 56° C., para evitar la hemólisis cuando se realice la absorción.

2.º *Absorción del suero anti-M.*—La absorción del suero anti-N es igual, pero se efectúa con glóbulos A_1M.

El suero de conejos inyectado con hematíes OM tiene que absorberse con hematíes de una persona A_1N (hay conejos que espontáneamente tienen anti-A_1; por eso se escoge A_1N y no ON). El grado de absorción para cada suero es asunto de tanteo. Si no se conoce el comportamiento del suero en estudio, es más prudente ensayar con pequeñas cantidades (2 c. c.) de suero, siempre diluído en suero fisiológico y en diluciones sucesivas, conociéndose entonces cuál dilución, 1/10, 1/20, 1/30, 1/40 ó hasta 1/80, es la mejor [16].

Investigaciones efectuadas e interpretación de los resultados

Las determinaciones se hicieron en ciento ochenta muestras de sangre procedentes de sujetos mestizos, cuyo sexo, procedencia y patronímicos se anotaron.

Se tuvo, además, especial cuidado en consignar los datos referentes a los sistemas ABO y Rh, a fin de obtener la frecuencia de los factores M y N dentro de dichos sistemas.

De las ciento ochenta determinaciones, ciento treinta se efectuaron entre los dadores del Hospital Obrero, y las cincuenta restantes, entre los del Hospital Militar.

INCIDENCIA DEL FACTOR «M» Y «N» EN 180 MESTIZOS DE LIMA

Grupos sanguíneos	*Número de sujetos*	*Porcentajes*	*Frecuencia esperada*	*Frecuencia observada*
M	71	39'44 %	69'05	71
N	28	15'55 %	26'06	28
MN	81	45'00 %	84'84	81

INCIDENCIA DEL FACTOR «M» Y «N» DENTRO DEL SISTEMA DE GRUPOS SANGUÍNEOS A-B-O EN 180 MESTIZOS DE LIMA

Grupos sanguíneos	O		A		B		AB	
	Número de sujetos	*Porcentajes*	*Número de sujetos*	*Porcentajes*	*Número de sujetos*	*Porcentajes*	*Número de sujetos*	*Porcentajes*
M	22	12'22 %	29	16'11 %	15	8'33 %	5	2'77 %
N	10	5'55 %	12	6'66 %	5	2'77 %	1	0'55 %
MN	37	20'55 %	26	14'44 %	14	7'77 %	4	2'22 %

INCIDENCIA DEL FACTOR «M» Y «N» DENTRO DEL SISTEMA Rh EN 180 MESTIZOS DE LIMA

Grupos sanguíneos	*Rh positivo*		*Rh negativo*	
	N.º de sujetos	*Porcentajes*	*N.º de sujetos*	*Porcentajes*
M	70	38'88 %	1	0'55 %
N	26	14'44 %	2	1'11 %
MN	76	42'22 %	5	2'77 %

DISTRIBUCIÓN DEL FACTOR «M» Y «N» DE ACUERDO CON EL SEXO, EN 180 MESTIZOS DE LIMA

Grupos sanguíneos	Hombres		Mujeres	
	N.º de sujetos	*Porcentajes*	*N.º de sujetos*	*Porcentajes*
M	65	36'11 %	6	3'33 %
N	25	13'88 %	3	1'66 %
MN	64	35'55 %	17	9'44 %

DISTRIBUCIÓN DE 180 MESTIZOS DE LIMA DENTRO DE LOS DIFERENTES GRUPOS SANGUÍNEOS Y DE ACUERDO CON EL SEXO

	Sistema	*Sistema A-B-O*				*Factor Rh*		*Sexo*	
	MN	O	A	B	AB	Rh	rh	H	M
M	71	22	29	15	5	70	1	65	6
N	28	10	12	5	1	26	2	25	3
MN	81	37	26	14	4	76	5	64	17
Total parcial		69	67	34	10	172	8	154	26
Total	180	180				180		180	

DISTRIBUCIÓN DE LOS PORCENTAJES DE 180 MESTIZOS DE LIMA DENTRO DE LOS DIFERENTES GRUPOS SANGUÍNEOS Y DE ACUERDO CON EL SEXO

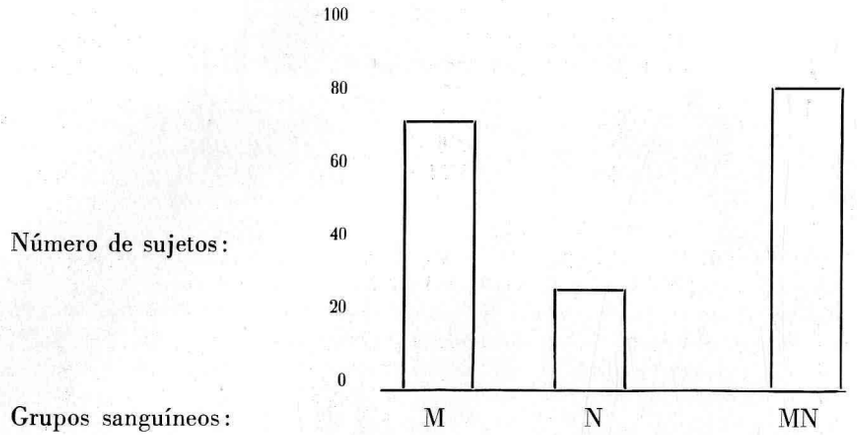
	Sistema	*Sistema A-B-O*				*Factor Rh*		*Sexo*	
	MN	O	A	B	AB	Rh	rh	H	M
M	39'44	12'22	16'11	8'33	2'77	38'88	0'55	36'11	3'33
N	15'55	5'55	6'66	2'77	0'55	14'44	1'11	13'88	1'66
MN	45'00	20'55	14'44	7'77	2'22	42'22	2'77	35'55	9'44
Total parcial		38'33	37'22	18'88	5'55	95'55	4'44	85'55	14'44
Total	99'99 %	99'99 %				99'99 %		99'99 %	

Interpretación de los resultados

Antes de interpretar los resultados, se debe expresar que se estudió el factor M y N y su incidencia dentro de los grupos sanguíneos de los sistemas ABO y Rh, y también la incidencia del factor M y N de acuerdo con el sexo, en ciento ochenta sujetos de la población mestiza de Lima.

De los examinados, setenta y uno correspondieron al grupo M (39'44 por ciento); veintiocho (15'55 por ciento), al grupo N, y ochenta y uno (45 por ciento), al grupo MN.

HISTOGRAMA DE LA INCIDENCIA DEL FACTOR «M» Y «N» EN 180 MESTIZOS DE LIMA



La mayor incidencia corresponde al grupo MN, con ochenta y un sujetos, lo que representa el 45 por ciento sobre el total de ciento ochenta.

Cálculo de las frecuencias génicas.—TAYLOR y PRIOR [21] han efectuado el cálculo de las frecuencias génicas, encontrando que algunos de los estudios publicados carecen de valor, «cosa que era de esperarse en virtud de la facilidad con la cual personas sin experiencia pueden llegar a obtener resultados falaces; si no se aplican métodos estadísticos, dichos errores pasan inadvertidos. Mediante la vigilancia constante de los antisueros, es probable que el número de equivocaciones disminuya notablemente. Sin embargo, la decisión final de este problema estriba en la verificación estadística».

LANDSTEINER y LEVINE, en 1928, introdujeron las siguientes fórmulas para el cálculo de las frecuencias génicas de M y de N:

$$\text{Gene M} = \text{Frecuencia del fenotipo M} + \frac{\text{Frecuencia del fenotipo MN}}{2}$$

$$\text{Gene N} = \text{Frecuencia del fenotipo N} + \frac{\text{Frecuencia del fenotipo MN}}{2}$$

Los resultados correspondientes a ciento ochenta mestizos de Lima son los siguientes:

M	N	MN	TOTAL
71	28	81	180
39'44 %	15'55 %	45 %	99'99 %

El cálculo de las frecuencias génicas, es el que sigue:

$$\text{gene M} = 0'3944 + \frac{0'45}{2}$$

$$\text{gene M} = 0'6194$$

$$\text{gene N} = 0'1555 + \frac{0'45}{2}$$

$$\text{gene N} = 0'3805$$

Conocidas las frecuencias génicas en la muestra, puede calcularse la cantidad esperada de sangres M, N y MN, la cual, comparada con la observada, enseñará, cuando menos, si los resultados obtenidos experimentalmente son intrínsecamente consistentes con las frecuencias esperadas, y permitirá también someter las cifras al análisis estadístico.

Esperados MM = $0'6194^2$ = 0'38365
» NN = $0'3805^2$ = 0'14478
» MN = 0'6194 × 0'3805 × 2 = 0'47136

Los números absolutos esperados y observados en la muestra de ciento ochenta, fueron:

	ESPERADOS		OBSERVADOS	
	Cifras absolutas	*Porcentajes*	*Cifras absolutas*	*Porcentajes*
MM 0'38365 × 180	69'05	38'36 %	71	39'44 %
NN 0'14478 × 180	26'06	14'47 %	28	15'55 %
MN 0'47136 × 180	84'84	47'13 %	81	45'00 %
TOTALES	179'95	99'96 %	180	99'99 %

Si el acuerdo entre lo observado y lo esperado hubiera sido menos estrecho, se tendría que averiguar la magnitud y el valor de la desviación y ver si ésta era de explicarse como casual o como resultado de una realización defectuosa de las pruebas.

la prueba de la X^2 adelanta la respuesta:

FÓRMULA DE FISHER EN CUANTO A «MN»

$$X^2 = 180 \frac{[81^2 - (4 \times 71 \times 28)]^2}{[(2 \times 71) + 81]^2 \; [81 + (2 \times 28)]^2}$$

$$X^2 = 0'037$$

Si el valor de X^2 hubiera sido algo mayor, indicaría que la sola casualidad produjo la desviación, o una mayor. Pero si el valor hubiera sido mucho mayor se impondría la pregunta de si la naturaleza de la desviación podría deberse, no precisamente a la casualidad, sino a error de técnica.

El valor de X^2 fue ampliamente positivo, eliminando sospechas de error en la técnica.

SISTEMA «MN» EN MESTIZOS LIMEÑOS
(180 casos)

Genotipos	Genotipo *Frecuencia génica %*	Fenotipo *Frecuencia esperada %*	*Frecuencia observada %*	*Cifras absolutas esperadas*	*Cifras absolutas observadas*	*Reacción con anti* M	N
MM	61'94	38'36	39'44	69'05	71	+	−
NN	38'05	14'47	15'55	26'06	28	−	+
MN		47'13	45'00	84'84	81	+	+
Total . . .	99'99	99'96	99'99	179'95	180		

GRUPOS «M», «N» Y «MN» DE ALGUNAS POBLACIONES ESPAÑOLAS Y PAÍSES IBEROAMERICANOS, SEGÚN M. SALAZAR [20]

Población	Autor	Fenotipos N.º	M	N	MN
Sao Paulo	Seiler y Bier, Ottensooser y Pasqualin	147	0'3060	0'1910	0'5030
Caiuá (Brasil)	Ottensooser y Pasqualin	134	0'7990	0'0070	0'1940
Canela (Brasil)	Da Silva	236	0'3940	0'0970	0'5090
Tucana (Brasil)	Biocca y Ottensooser	68	0'4850	0'0880	0'4270
Santiago	Sandoval y Domínguez	2.342	0'3023	0'1802	0'5165
Galicia	Romero y colaboradores	76	0'2631	0'1579	0'5790
Vascos	Chalmers y colaboradores	167	0'3293	0'2216	0'4491

Según Catalina Wing [24], los grupos M, N y MN en mestizos mejicanos se presentan en la siguiente proporción:

Población	Autor	N.º	M	N	MN
Méjico, D. F.	Catalina Wing	1.000	40'1 %	10'8 %	49'1 %

Frecuencias génicas:

Gene M	0'6465	64'65 %
Gene N	0'3535	35'35 %

Wing «encontró una mayor proporción de los grupos M y MN, así como un ligero aumento en el grupo N, en las muestras estudiadas en Méjico. Lo que puede explicarse como producto de la población heterogénea, dada la gran incidencia de mestizos y extranjeros. Es probable que en un futuro no lejano, al limitarse la población extranjera, se hallen cifras distintas a las encontradas».

«El porcentaje de mestizos en este estudio corresponde a la mezcla de sangres india y española, con predominio de la primera.»

R. Race y R. Sanger [16] reproducen los siguientes datos de grupos M, N y MN en ingleses (raza caucasoide):

Población	Autor	N.º	M	N	MN
Londres, Oxford y Cambridge	R. Race y R. Sanger	1.279	28'38 %	22'05 %	49'57 %

Frecuencias génicas:

Gene M	0'53165	53'16 %
Gene N	0'46835	46'83 %

En la determinación de grupos M, N y MN en sujetos ingleses, pertenecientes a la raza caucasoide (blanca), se aprecia que el porcentaje del grupo N está muy cercano al de M y que el porcentaje de MN es holgadamente superior al de ambos.

En cuanto a las frecuencias génicas, se ve que la diferencia entre ambos genes es muy pequeña, siendo favorable al gene M.

Los grupos M, N y MN en indígenas peruanos, según Reinafarje, son los siguientes:

Población	Autor	N.º	M	N	MN
Junín Huancavélica y Ayacucho	César Reinafarje	500	43'2 %	11'8 %	45'0 %

Frecuencias génicas:

Gene M	0'6570	65'70 %
Gene N	0'3430	34'30 %

Los resultados obtenidos por César Reinafarje, de Lima, en la investigación de grupos M, N y MN, en indios peruanos, evidencian que «el grupo de indígenas andinos presenta un tipo de distribución de los genes M y N, igual a la del «grupo americano» de la raza mongoloide, que se caracteriza por la gran frecuencia del gene M y baja del gene N».

En este caso, el porcentaje del grupo M se acerca al del grupo MN, siendo casi parejos.

Los grupos M, N y MN en mestizos limeños, según la presente investigación, son los siguientes:

Población	N.º	M	N	MN
Lima	180	39'44 %	15'55 %	45'0 %

Frecuencias génicas:

Gene M	0'6194	61'94 %
Gene N	0'3805	38'05 %

Los porcentajes de los grupos M, N y MN obtenidos en mestizos limeños denotan aumento del porcentaje del grupo N en comparación al porcentaje del mismo grupo en indígenas peruanos; pero, en relación al del grupo inglés, es ampliamente inferior, deduciéndose por ello su mayor acercamiento al grupo indígena.

El porcentaje relativo al grupo M es también de valor intermedio entre el del grupo de indígenas peruanos y el porcentaje del grupo de ingleses, pero siempre acusando una marcada desviación hacia el grupo indígena.

El porcentaje del grupo MN en mestizos limeños es exactamente igual que el porcentaje de MN en indígenas peruanos y algo diferente al de los ingleses.

En lo referente a las frecuencias génicas se aprecia también que las frecuencias de los mestizos limeños son valores intermediarios entre las frecuencias génicas de los indígenas peruanos y las frecuencias de los ingleses.

Se reúnen a continuación los datos anteriores:

GRUPOS «M», «N» Y «MN» EN INDÍGENAS PERUANOS, MESTIZOS LIMEÑOS E INGLESES

	M	N	MN
Indios	43'20 %	11'80 %	45'00 %
Mestizos	39'44 %	15'55 %	45'00 %
Ingleses	28'38 %	22'05 %	49'57 %

Las frecuencias génicas son:

	Gene M	*Gene N*
Indios	65'70 %	34'30 %
Mestizos	61'94 %	38'05 %
Ingleses	53'16 %	46'83 %

La sangre de los mestizos investigados evidencia, desde el punto de vista del sistema MN, la mezcla de sangres mongoloide y caucasoide, con predominio de la primera.

Conclusiones

1.ª Se investigó el factor MN en ciento ochenta mestizos de la ciudad de Lima, encontrándose las siguientes frecuencias fenotípicas: el 39'44 por ciento pertenece al grupo M; el 15'55 por ciento, al grupo N, y el 45 por ciento, a la combinación MN.

2.ª Las frecuencias génicas en el mismo grupo de ciento ochenta mestizos fue la siguiente: gene M, 0'6194 ó 61'94 por ciento; gene N, 0'3805 ó 38'05 por ciento.

3.ª Los porcentajes hallados corresponden a la mezcla de sangres mongoloide y caucasoide, con predominio de la primera, si se comparan los resultados obtenidos en las determinaciones de grupos MN, en indígenas peruanos (grupo americano de la raza mongoloide) y en ingleses (raza caucasoide).

4.ª El análisis estadístico demuestra que los resultados son consistentes y que la realización de las pruebas ha sido técnicamente correcta.

Resumen

Se exponen en este trabajo los resultados obtenidos en la determinación de los subgrupos M y N, en ciento ochenta sujetos sanos de la población mestiza de Lima, y se desarrolla en las siguientes partes: Primera, en la que se exponen nociones generales de los subgrupos del factor M N; en la segunda parte se describe la técnica para la determinación de estos factores; en la tercera se enumeran las investigaciones efectuadas con el personal señalado y se interpretan los resultados; por último, se formulan las conclusiones a que se llega.

Bibliografía

1. Andresen.—«Reliability of the exclusion of paternity after the MN and ABO systems as elucidate by 20.000 motherchild examinations and its significance to the medico-legal conclusions». *Acta Path. Microbiol. Scand.*, 24, 545. 1947.
2. Arce Larreta, J.—«Contribución al estudio de los grupos sanguíneos en el Perú». Tesis doctoral en Medicina. Lima, 1929.
3. Doerr, R.—«Los anticuerpos», 2.ª parte. «Las investigaciones sobre la inmunidad», IV. Biblioteca Ibis de Ciencias Biológicas, Madrid, 1953.
4. Dunsford, Ikin y Mourant, citados por Jacques Ruffié y Jean Ducos. *Nature*, 172, 668. Año 1953.
5. Fisher, R. A.: «Statiscal methods for research workers». Edimburb, 1946.
6. Friedenreich, citado por R. R. Race y Ruth Sanger (17).
7. Friedenreich y Lauridsen.—«On a variety of human type antigen M and its relations to other M antigen». *Acta Path. Microbiol. Scand.*, sup. 38, 155. 1938.
8. Gamarra Hernández, E.; Morales Macedo, C., y Weis, P.—Informe de la tesis de doctor de J. Arce Larreta.
9. Goidsenhoven, G. V.—«Contribution a l'étude du facteur Rh et de la reaction de Coombs». *Revue Belge de Médecine Experimentale*, 19. 1948.
10. Hyman, S. H., y Parker.—«The development of the agglutinogens M and N in newborn enfants». *Journal Inmulonogy*, 43. 1942.
11. Jacobowicz Rachel y Bryce Smmons.—«The ocurrence of unusual positive Coombs reactions y M varitnas in the blood of a mother and her first child». *Med. J. Austral.*, 2, 945. Año 1949.
12. Kosjakov, P. N., y Tribulev, G. P.—«Group specific differentiation of the organs of man. The type specific M and N substances in the organs». *Journal Inmunology*, 37, 283. 1939.
13. Landsteiner, K., y Levine.—«A new agglutinable factor differentiating individual human bloods». *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.*, 24, 600. 1927.
14. Levine y otros, citados por Ruffié y Ducos.
15. Ottemberg, citado por Arce Larreta.
16. Race, R. R., y Sanger, R.—«Los grupos sanguíneos humanos». Méjico, D. F., 1952.
17. Reinafarje, C.—«El factor Rh y otros grupos sanguíneos en los indios peruanos». *Anales de la Facultad de Medicina*, 40, 573. 1957.
18. Romero Alvarez, A. M., y Meyer, G.—«Inmunohematología clínica y técnica». Buenos Aires, 1955.
19. Ruffié, J., y Ducos, J.—«Les derniéres acquisitions dans le domaine des groupes sanguins». *Toulouse Médical*, 58. 1957.
20. Salazar, M. M.—«Los grupos sanguíneos de algunas poblaciones de países iberoamericanos». Apéndice al libro «Los grupos sanguíneos humanos», de R. R. Race y R. Sanger.
21. Taylor y Prior.—«The distribution of the M and factors in random samples of different races». *Ann. Eugen. Lond.*, 9, 97. 1939.
22. Van der Hart, citado por J. Ruffié y J. Ducos. *Vox Sanguins*, 4: 108. 1954.
23. Walsh y Montgomery.—«Subdivisions of Mn system». *Nature*, 160, 504. 1947.
24. Wing, Catalina.—«Estudio de los grupos sanguíneos M y N en el Distrito Federal. «*Medicina*, 37, 458. 1957.

Dirección: Cátedra de Farmacología de la Facultad de Farmacia. Lima

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 400 - TOMO LXVIII
JULIO 1959

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ Y POLIOMIELITIS

POR EL

DR. ANTONIO MALLÓU LABRADOR

MÉDICO PUERICULTOR DEL ESTADO

ZARAGOZA

«La ciencia humana consiste más en destruir errores que en descubrir verdades.» (SÓCRATES.)

La Medicina, ciencia por excelencia, cada día merece más la mayor atención en todos los puntos en los que el error roce fácilmente la verdad.

Con demasiada frecuencia se presta poca atención al síndrome que GUILLAIN-BARRÉ-STROHL describieron por primera vez en 1926.

La poliomielitis es una enfermedad que, como todas las producidas por virus, adquirió su mayor importancia en nuestra era antibiótica. Pasó a primer plano, precisamente, en esta era. Entre otras causas, porque el *fenómeno de Paynes* (a mayor higiene y menor morbilidad general, más poliomielitis) forma parte principalísima de nuestra epidemiología, de la epidemiología que todos vivimos. Y la poliomielitis, con todos los procesos de virus, atosiga a la Humanidad de nuestros días, con su amenaza. Por eso precisamente, todo lo que a ella se refiera tiene extraordinario interés.

Nosotros, en este trabajo, sólo nos vamos a ocupar de un problema que quizá se le dé demasiada poca importancia, y es el de su relación y su diagnóstico diferencial con el síndrome de Guillain-Barré. Porque resulta curioso que la abundante biografía de los estudiosos de estos temas descuide un poco su atención en lo que se refiere al diagnóstico diferencial de este síndrome con la poliomielitis. Monografías, tratados de Pediatría, artículos enteros dedicados a la poliomielitis, y apenas si mencionan, en el capítulo dedicado al diagnóstico diferencial, unas palabras al síndrome de Guillain-Barré.

Comenzamos nuestro trabajo afirmando que, prescindiendo del encefalismo de Groer (con líquido céfalorraquídeo normal), tendremos que admitir las polioencefalitis con reacción encefalítica dentro de las poliomielitis.

Estas formas encefalíticas de las poliomielitis, aceptadas por KISS y FEYNES, con sus fases de sopor y de parálisis, fueron ya admitidas por todos los clínicos. En ellas aparecen parálisis hipotónicas por afectar la primera capa de las células

Comunicación a la «Sección de Estudios Médicos Aragoneses», de la Institución «Fernando el Católico». Sesión del día 14 de febrero de 1958.

ganglionares de la corteza cerebral (sabido es que las de la tercera capa son las hipertónicas).

Admitido, entonces, el concepto de polioencefalitis dentro de la poliomielitis, se hace preciso diferenciar de este proceso el síndrome de Guillain-Barré como proceso distinto en cuanto a su clínica se refiere, a su evolución y a su terapéutica, como iremos viendo más adelante.

Ya en el año 1949, STEELE refiere veintisiete casos de poliomielitis que, según este autor, presentaban disociación albúmino-citológica.

Nosotros pensamos que se trataba de un síndrome de Guillain-Barré exactamente igual que los dos casos que presentamos con manifestaciones clínicas semejantes a la de una poliomielitis.

Pero no cabe la menor duda que el descubrimiento de GUILLAIN-BARRÉ impresionó a todos a partir de 1916, consternando a los clínicos que encontraron tan interesante alteración del líquido céfalorraquídeo en procesos muy variados.

Por otro lado, nos encontramos con que un dato importante para GUILLAIN-BARRÉ como lo era el pronóstico favorable del proceso, también es rectificado por los experimentos de algunos.

Así ocurre que la disociación albúminocitológica, por un lado, aparece en procesos dispares y que el pronóstico favorable, por el otro, es otro dato que no tiene carácter absoluto, ya que DEBRÉ, en catorce años, encuentra treinta y dos casos, con dos defunciones, y AYLLET, en 1954, revisa noventa y nueve casos publicados, encontrando siete defunciones entre ellos. Pero se llega a la conclusión de que éstas no fueron por el proceso en sí, sino por sus complicaciones, ya que unos y otros llegaron al «exitus» casi siempre por trastornos deglutorios y por parálisis respiratorias que se complicaron con infecciones pulmonares.

Lo que confirman los estudios de MCNEAL, PERRY y BRAND, que en 1950 nos hablaban ya de la predominancia de las lesiones de los nervios craneales en el síndrome de Guillain-Barré, y de la preferencia, entre éstas, por el nervio facial.

En julio de 1954 vemos cómo IDRIS publica seis observaciones con lesiones de nervio facial. DEBRÉ destaca cómo nueve, de sus treinta y dos casos, presentaban alteraciones de sus nervios craneales.

A este primer confusionismo propio de la venida abajo de dos puntos sobre los que se apoyaba precisamente el síndrome de Guillain-Barré, según lo establecieron sus propios autores, se le añade el que surgió cuando se empezó a hablar de las *neuronitis*.

El mismo JIMÉNEZ DÍAZ considera que la neuronitis, como enfermedad, cobra categoría e importancia en nuestra Patria con su propia personalidad clínica y evolutiva, y en ellas se incluye el síndrome de Guillain-Barré.

Lo cierto es que los autores americanos establecen, con FOSTER KENNEDY, el grupo de las neuronitis, y el confusionismo aumenta. Ya que estos autores del otro lado del Atlántico consideran, dentro del grupo de las neuronitis, los procesos con lesiones inflamatorias agudas del sistema nervioso central y del periférico, de etiología imprecisa y de pronóstico benigno. Procesos que es preciso diferenciar, naturalmente, puesto que las cosas no ocurren de una forma tan sencilla como parece a primera vista.

Efectivamente, los americanos hacen un grupo complejo en el que procesos de una benignidad asegurada por sus autores, como lo es el síndrome de Guillain-Barré, forman grupo común con enfermedades de etiología, clínica y pronóstico tan distintos como lo es la parálisis ascendente de Landry, la encéfalomielitis diseminada de Redlich Flatou, las parálisis «a frigore» con radículoneuritis serosa, algunas

polineuritis carenciales con reacción meníngea, las célulloneuritis de Raymond y hasta los procesos poliomielíticos agudos de evolución larvada, tales como las llamadas *poliomielitis abortivas atípicas.*

Dentro de este confuso grupo de *neuronitis estarían* a un lado, en un extremo, el proceso más leve de todos, es decir, el síndrome que estudiamos, y en el otro lado, en el otro extremo, la parálisis ascendente de Landry, con una mortalidad del 90 por ciento.

Incluídos en el grupo opuesto al benigno, en el grupo del extremo comprendido por procesos de carácter más maligno, es decir, en el grupo formado por los procesos de peor pronóstico o, si queremos darle una definición más teórica, en el grupo de los procesos landryformes, estarían los doce casos descritos en 1892 por GORDON y HOLMES con el nombre de *polineuritis aguda febril;* los treinta casos descritos por BRADFORD, BASHORD y WILSSON en 1918, con el nombre de *polineuritis agudas infecciosas;* la *meningomieloneuritis infecciosa aguda,* con sus formas ascendentes, descrita por CASAMAYOR en 1919, etc.

Todas estas formas constituyen un grupo sólido en el que hay un hecho principal que destaca sobre todos los demás en su diferencia con el síndrome que nos ocupa, y es el de su pronóstico, tan malo para aquellos procesos y tan benigno para éste.

Resumiendo, diremos que los diferentes autores establecieron como definitivos tres datos para diferenciar el síndrome descrito por Landry en 1859 con el nombre de *paralysie ascendente aigué* y el síndrome de Guillain-Barré.

Fueron éstos la desviación albúminocitológica del uno, la típica parálisis ascendente del otro y el pronóstico benigno de aquél con la elevada mortalidad de éste.

También tienen eco las ideas de FOSTER KENNEDY en autores como BENEDICK y JUBA. Estos autores también forman un grupo con estos procesos tan dispares, como lo hacían los americanos con sus *neuronitis,* y nos afirman que hay dos clases de polirradículoneuritis ascendente: una maligna, del tipo de Margulas o Landry, y otra benigna, que sería el síndrome de Guillain-Barré.

Apoyan sus conceptos en una conclusión que consideran primordial: en encontrar polirradículoneuritis con disociación albúminocitológica y evolución mortal, como ocurrió con los casos de V. BOGAERT, OTT, etc.

Estudiando detenidamente estos hechos, nos encontramos con lo incierto del carácter absoluto de todas estas afirmaciones. Resulta que si no existe absolutismo completo en las afirmaciones de GUILLAIN-BARRÉ, tampoco en estos autores lo hay.

Los datos en que se apoyan no tienen carácter definitivo.

Efectivamente, la topografía especial ascendente de las manifestaciones paralíticas no tiene carácter absoluto. DECHAUME nos demuestra cómo el término de parálisis ascendente que estableció LANDRY no tiene carácter definitivo, ya que se trata de un ataque difuso que afecta al mismo tiempo, de manera desigual, miembros superiores e inferiores; «ataque difuso, incompleto en su intensidad al comienzo (según palabras textuales del mismo), haciéndose luego total en ciertos territorios».

En cuanto a la malignidad del pronóstico en ciertos casos de síndrome de Guillain-Barré, ya hemos establecido que no fue por el síndrome en sí, sino por las complicaciones respiratorias o deglutorias que se pueden presentar en el curso de la evolución del mismo.

No cabe la menor duda que actualmente, con la terapéutica bien establecida que ya iremos estudiando más adelante, y un poco de pulmón de acero que permita llegar al período de recuperación, la mortalidad del síndrome de Guillain-Barré sigue nula como establecieron estos autores.

Tener cuidado de hacer el tratamiento respiratorio de recuperación sustitutivo y se llegará a la curación, naturalmente, con una rapidez que nunca se conseguiría en una poliomielitis o en una parálisis de Landry.

Confundir estas formas simplemente por su común alteración respiratoria, es también entrar en un error. Pues si la diferencia evolutiva, terapéutica y diagnóstica con el síndrome de Guillain-Barré y la poliomielitis es un hecho indudable, también lo es entre el Landry y la poliomielitis.

Tan es así, que FANCONI-WALLGREN, en su «Tratado de Pediatría», nos afirman: «El nombre de parálisis de Landry debería aplicarse sólo a esta forma de polirradiculitis y no para la forma bulbar de la poliomielitis, más frecuente y que difiere totalmente en cuanto a pronóstico y tratamiento.»

Pero volvamos a nuestro tema y dejemos esta disquisición al margen, como debe estar, de nuestro trabajo, aunque contribuya a respaldar nuestras afirmaciones.

Hemos llegado a la conclusión de que el síndrome de Guillain-Barré tiene una mortalidad mínima en esencia, y que, si en potencia no ocurrió así siempre, ello se debió a que ninguna enfermedad se sabe cómo va a terminar. Siempre sabemos cómo empieza; pero, hasta el proceso más benigno, deja de serlo muchas veces. La experiencia clínica cada vez nos hace más comedidos en afirmaciones pronósticas rotundas. Sabiendo que un síndrome de Guillain-Barré puede afectar la función respiratoria y puede llegar a lesionar nervios bulbares, el frénico o el pneumogástrico, a veces, no cabe la menor duda de que, si bien el pronóstico no es fatal, puede serlo en algunos casos aunque éstos sean los menos.

El mismo GUILLAIN nos decía en 1937: «No sería científico negar la posibilidad de algunos casos mortales por ataque de los nervios bulbares.»

Pero esto no desmiente su afirmación de que el pronóstico es muy distinto al de los demás procesos neuroníticos. Así es y así se demuestra con el hecho primordial de que hay que rebuscar en la literatura mundial para encontrar casos mortales, ocurriendo todo lo contrario en el Landry y en la poliomielitis en sus formas malignas y respiratorias.

Por otro lado, las secuelas poliomielíticas son tantas, y las atrofias causantes de las mismas son todas. En cambio, el síndrome de Guillain-Barré se caracteriza precisamente por el hecho primordial de que las alteraciones paralíticas nunca van acompañadas de atrofia.

Hay un dato que es considerado por todos los que encontraron formas mortales del síndrome que estudiamos, como primordial, y es el de que presentaron una curva de Lange de tipo paralítico, lo que también ocurrió en los casos presentados por ALBERCA.

Estudiando la clínica diferencial de estos procesos nos encontramos con que, además de las características ya discutidas de la disociación albúminocitológica y de la benignidad pronóstica del Guillain-Barré, podemos estudiar otros caracteres que iremos desglosando a continuación.

Así, vemos que el síndrome de Guillain-Barré *comienza* sin característica alguna especial; es similar a todo proceso de virus neurológico y neurotropo: poca fiebre o ninguna, manifestaciones faríngeas inflamatorias, otras veces gastrointestinales o meníngeas, a las que sigue una parálisis flácida.

Es en esta parálisis en la que ya empiezan a manifestarse más características notables, y son estas tres principales: su *hipotonía,* su carácter *simétrico* y su escasa *atrofia* muscular.

Efectivamente, en la poliomielitis es muy raro que las parálisis tengan carácter simétrico.

Siempre hay en los músculos paralizados de los poliomielíticos atrofia muscular.

Ya GUILLAIN destacaba la importancia de la hipotonía, afirmando que ésta era lo propio de su síndrome, que rara vez había hipertonía, la que es consecutiva a una irritación meníngea o neurítica.

La hipotonía se caracteriza por su evolución progresiva, más lenta que en la poliomielitis, y se localiza en las porciones *distales*, lo que también es característico del síndrome de Guillain-Barré.

Otra de las características propias de este síndrome que estudiamos es la abolición de los reflejos tendinosos y la conservación de los cutáneos, las parestesias, calambres musculares y la poca modificación de las reacciones eléctricas de nervios y músculos.

Además, como quiera que las raíces sacras están poco afectadas en el síndrome de Guillain-Barré, son muy raros los trastornos esfinterianos, como ya señalaron DE JONO, JANET y el mismo GUILLAIN.

Y cuando tiene lugar la alteración de las funcionse esfinterianas, ésta se recupera pronto.

La participación de los pares craneales es la más frecuente, destacando las formas oftalmopléjicas sobre las demás, y hasta se han descrito formas bulbares con alteraciones de la fonación, deglución y ritmo cardíaco, aceptadas como raras, y de las que GUILLAIN dice que ceden con rapidez.

Todo esto nos habla de que no podemos diferenciar con facilidad un síndrome de Guillain-Barré de una poliomielitis si no practicamos una punción lumbar, y muchas veces son necesarias hasta varias punciones lumbares, según queda demostrado en uno de los casos clínicos que presentamos.

De todas formas, no cabe la menor duda de que la mayoría de las veces nos puede ayudar un cuadro de conjunto, para sospechar que estamos ante uno u otro proceso. Ya SAURER destacaba la importancia que tenía este cuadro de conjunto.

La recopilación de los datos todos que hemos señalado puede ser bastante para vencer esta dificultad.

Estudiando el líquido céfalorraquídeo de los dos procesos motivo de nuestra comunicación, nos encontramos cómo, en uno de ellos, el carácter de aquél es el dato principal, lo que ocurre precisamente con el síndrome de Guillain-Barré.

En cambio, en la poliomielitis no hay nada en el líquido céfalorraquídeo verdaderamente definitivo, que pueda llevarnos a un diagnóstico absoluto de esta enfermedad, porque podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que no hay un líquido céfalorraquídeo verdaderamente característico de la poliomielitis.

Haciendo un elemental resumen, veremos cómo es fácil llegar a esta conclusión.

La presión del líquido céfalorraquídeo puede estar aumentada o no.

La xantocromía fue encontrada por LOTSCHER y no por otros autores. Nosotros no la vimos en ninguno de los casos que hemos tenido ocasión de estudiar en los catorce años de vida profesional.

La red de fibrina fue encontrada por el mismo ARCE en alguno de sus enfermitos, así como también por RANNO, MARCHI, etc. Nosotros hemos visto esta red de fibrina, igual a la de la meningitis tuberculosa, en dos casos, según recordamos.

En cambio, ni MACONE, ni MÁRQUEZ, GIUDICE, etc., la encuentran.

La cifra de cloruros siempre fue normal en los poliomielíticos, y en esto están conformes todos los autores.

La glucorraquia no suele ser frecuente en las poliomielitis. Algunos autores la encuentran en las formas centrales de parálisis respiratorias graves, y piensan que quizá se deba a la lesión de un centro de la glucorraquia próximo al centro respiratorio, como lo creen GROS, SCHAFFER, MACONE, etc., y los estudios más detenidos de HASSLER.

Sin embargo, esta afirmación no fue confirmada por ARCE y por LISTHER, los cuales han llegado a encontrar una mortalidad nula en sus enfermitos de poliomielitis con una cifra de glucosa en líquido céfalorraquídeo superior a los 100 miligramos.

Para no extendernos demasiado, diremos que la reacción del *triptófano* puede o no ser positiva en la poliomielitis, y que los estudios de SCHAFFER han encontrado positivas las reacciones coloidales y la de Pandy.

En cambio, MÁRQUEZ, MACONE y GIUDICE afirman que estas reacciones se hacen siempre negativas en los primeros quince días de la enfermedad.

El dato más importante para todos los autores es el de la *pleocitosis*. De tal forma, que PETTE ha llegado a decir que «en ausencia de este síntoma, la suposición de la poliomielitis debe desecharse con seguridad».

Los diferentes autores se ponen de acuerdo en que desciende a los veintiún días con cierta rapidez.

Algunos creen que su mayor cantidad corresponde al segundo o tercer día del período meníngeo, y ya es clásica la afirmación de DRAPPER de que «la pleocitosis es el signo más prematuro de la poliomielitis».

La mayoría considera que la más alta cifra fue siempre propia de las formas más graves de poliomielitis.

No tenemos por qué entrar en detalles de la serie de opiniones de todos los que se dedicaron al estudio de estas células y que iban desde los que afirmaban que eran linfocitos, a los que encontraban polinucleares y los que hablaban de una polinucleosis inicial seguida de una linfocitosis.

Nosotros creemos que todos tienen razón. Porque todo depende del momento en que se hizo la punción. Estamos con los que se unen a MENNINGER, CAMPBELL y MIRSKY y con los estudios de LYON. Estos autores demostraron que suele haber, en los casos de pleocitosis del líquido céfalorraquídeo de las poliomielitis, una modificación brusca que tiene lugar entre las veinticuatro y treinta y seis horas, por medio de la cual una pleocitosis de predominio polinuclear se transforma en otra con un 90 por ciento de linfocitos. Esta alteración la consideran los autores referidos patognomónica de la poliomielitis.

De lo que no cabe la menor duda es de que se ha demostrado que, hasta ahora, no se encontró más que en esta enfermedad, siendo, por tanto, exclusiva de la poliomielitis.

Y vamos al aumento de la cifra de albúmina, que es lo que más importa al tema que estudiamos.

La poliomielitis suele tener al principio una alta cifra citológica, que se reduce cuando hay un aumento de proteínas.

Esto podría llevarnos a confusión.

En el síndrome de Guillain-Barré, estos autores exigen para aceptar el mismo, ante un caso clínico, una albúminorraquia muy alta, con una citología muy escasa. Y nos dicen que cuando la albúminorraquia es inferior a los 0'30-0'40 gramos por mil y existe una hipercitosis, no es posible que admitamos un síndrome de Guillain-Barré.

Y recogemos de un magnífico trabajo de ARCE algo que va en favor de nuestras afirmaciones. Este autor nos afirma textualmente: «De nuestros casos, solamente en cuatro se encontraron valores superiores a 0'50; la cifra máxima registrada fue del 0'75 por ciento, en una forma de *parálisis leve*».

Y he aquí lo que nosotros queríamos recalcar.

Esta forma leve de ARCE, con tan elevada albúminorraquia, ¿sería un síndrome de Guillain-Barré?

Los datos que nos da del caso que presenta pueden respaldar de sobras la afirmación de esta pregunta que nos hacemos.

Después de recoger todas estas afirmaciones y estudios tan dispares de los diferentes autores más dedicados al tema que tratamos, nos encontramos con que difícilmente se ponen unos y otros de acuerdo, lo que quiere decir que todos tienen razón, porque en la poliomielitis pueden existir todas alteraciones mencionadas del líquido céfalorraquídeo, puede que existan solamente algunas y hasta puede que no exista ninguna, por el líquido céfalorraquídeo sea completamente normal.

Volvemos al principio demostrando que en esta enfermedad el líquido céfalorraquídeo no tiene caracteres definidos propios y que los datos recogidos pueden ayudarnos ante el cuadro clínico encontrado y llevarnos hacia un pronóstico y una afirmación diagnóstica más o menos discreta, pero nunca contundente.

Efectivamente, los trabajos de GSELL, TRASK y HARER, así como también los de FANCONI y ARCE, demuestran claramente cómo, en los casos de poliomielitis indudable presentados por estos autores, el líquido céfalorraquídeo no presentaba ninguna anormalidad.

Nosotros mismos recordamos un caso en el tiempo de nuestro ejercicio en Caspe, sin ninguna anomalía del líquido céfalorraquídeo, lo que nos hacía dudar de que nos encontrásemos ante una poliomielitis. La evolución posterior del proceso no ofreció la menor duda ante el caso clínico y su diagnóstico.

Todo esto quiere decir que, en la poliomielitis, el líquido céfalorraquídeo puede que no tenga nada alterado, que tenga algo solamente y que lo tenga todo. Pero, en cambio, en el síndrome de Guillain-Barré la alteración del líquido céfalorraquídeo es un dato tan importante que sin él, a pesar del cuadro clínico, nunca podemos aceptar este proceso, según ya hemos afirmado a lo largo de nuestra comunicación.

Además de la disociación albúminocitológica, se encontró en el síndrome de Guillain-Barré xantocromía algunas veces; otras, globulinas ligeramente positivas, y algunas modificaciones coloidales de tipo luético.

La repetición de las punciones se hace precisa, como se demostró en los casos ya clásicos en la literatura médica de OLMER, JOUVE y GASCARD, JANET, etc. En todos ellos, la disociación citoalbuminosa de su comienzo hizo pensar en una poliomielitis, y al medio mes de enfermedad, a la tercera o cuarta punción, ya apareció claramente la disociación albúminocitológica, la cual no suele, además, concordar, en lo que a su intensidad se refiere, con la agudeza del cuadro clínico.

Así tenemos también los casos de SAURER mismo y el de JIMÉNEZ DÍAZ, en los que la cifra de albúminorraquia máxima apareció en plena convalecencia del proceso, cuando el cuadro clínico ya había cedido.

La falta de correlación entre la intensidad de la albúminorraquia y la agudeza del cuadro clínico tiene su más expresiva manifestación en el caso referido por ALAJOUANINE y BOUDIN, en el que la disociación albúminocitológica persistía a los ocho meses de comenzado el proceso sin manifestación clínica.

Y ahora, ya establecido un conjunto de datos clínicos que resultan una ayuda en el diagnóstico diferencial que vamos buscando, vamos a resumir los puntos que se consideraron como característicos del síndrome de Guillain-Barré en la primera epidemia de este síndrome y que fueron aceptados por los neurólogos franceses,

ingleses y americanos al poco tiempo de la primera descripción del proceso y que fueron estos tres:

1) La disociación albúminocitológica.
2) La preponderancia de las parálisis motoras periféricas sobre las alteraciones subjetivas de la sensibilidad; y
3) El buen pronóstico del proceso confirmado por el completo y rápido restablecimiento de los pacientes a pesar de su grave cuadro clínico de comienzo.

Recogidas estas primeras manifestaciones que ya hemos ido discutiendo a través de nuestro trabajo, se encontraron los clínicos con que todo no era tan sencillo como parecía al principio.

Por esto, en 1937, a los veinte años de mayores y mejores experiencias, se celebró en Bruselas el «symposium» sobre radículoneuritis, en el que, después de atinadas y sensatas discusiones, GUILLAIN aceptó cuatro formas fundamentales del síndrome:

1) Las formas que sólo afectan a los nervios espinales.
2) Las formas de predominancia espinal con participación de los nervios craneales.
3) Las formas mesoencefálicas y que afectan a los nervios craneales; y
4) Las formas asociadas con trastornos mentales.

No vamos a discutir todas estas formas. Sobre todo, las mesoencefálicas y mental, tan puestas en duda por SALA GINABREDA.

Lo que sí haremos es recoger las afirmaciones de GLANZMANN, el cual pone en duda todo el síndrome de Guillain-Barré, cuando nos dice que el aumento de las proteínas en el líquido céfalorraquídeo no es patognomónico de una enfermedad definida, ni tampoco se debe a una enfermedad determinada; es consecuencia de una condición anatómica local. Sería una reacción hiperérgica consecutiva a una meningitis serosa. La albúminorraquia sería debida al estasis del líquido céfalorraquídeo en los recesos subaracnoideos, porque el engrosamiento de las raíces espinales bloquearía al nervio en los agujeros de conjunción.

Tampoco aceptamos esta alteración tan mecánica de GLANZMANN.

Estos factores mecánicos pueden ser favorecedores, no lo dudamos; pero no los consideramos definitivos.

Resulta muy costoso aceptar los hechos de una forma tan sencilla después de haber visto el síndrome de Guillain-Barré y de haber estudiado un poco la literatura mundial sobre el mismo.

Pensamos que todo esto es más definitivo que lo producido por un simple factor mecánico, y por ello nos resulta mucho mejor, a nuestro modo de ver, aceptar lo que PETTE llama *inflamación alérgica.*

Dejando a un lado las encefalitis del recién nacido, admitiremos, con FANCONI, que los diferentes agentes (virus, bacterias, toxinas, agentes físicos, etc.) actúan sobre el sistema nervioso central de dos formas. Y estas dos formas son: una *directa* y otra *indirecta.*

La lesión *directa* desencadena la poliencefalitis o las encefalitis A o B, etc., y se caracteriza por producir en el líquido céfalorraquídeo una disociación citoalbuminosa.

Cuando la noxa que sea hiere *indirectamente* al sistema nervioso central, produce una disociación albúminocitológica por desencadenar una reacción antígeno-anticuerpo que desarrolla clínicamente diferente cuadro, según su localización.

Así resulta que cuando la localización es meníngea, produce una meningitis linfocitaria.

Cuando actúa en los núcleos grises de la base se produce un acrodinia.

Cuando lesiona el encéfalo produce una encefalitis.

Y cuando la lesión tiene lugar en las raíces nerviosas se produce un síndrome de Guillain-Barré.

La confirmación de estas afirmaciones la tenemos explicada en el confusionismo que los diferentes autores también encontraron cuando pretendieron aclarar la etiología del proceso.

DRAGANESCO hablaba de un ultravirus que daba unas formas epidémicas del proceso, las formas «*idiopáticas* de la enfermedad de Guillain-Barré», según afirmación del propio DRAGANESCO, que serían producidas por un virus.

Y habría otras formas, las *atípicas*, de una etiología tan compleja como son aquellas que van desde las consecutivas a una estafilococia, una mastitis, etc. (formas descritas por DRAGANESCO, FACON, BARKER, JORDANESCO y VASILESCO, etc.), hasta las producidas por una vacunación antivariólica (formas de YOUNG y MOORE), por un sarampión, difteria (formas de LENEGRE y DELAIRE y de GARCISO y SAGRERAS), hasta las formas más recientes por el uso de sulfamidas, por una inyección de suero, etc., cada vez más frecuentes, según afirmación de SENSEMANN y GREENSTEIN.

Todo ello habla mucho en pro de nuestro punto de vista, concordante con el de PETTE, de la teoría de la «inflamación alérgica», según la cual todas estas noxas de origen muy dispar, que van desde la acción virásica y bacteriana hasta la acción química y hasta física, pueden actuar sobre el sistema nervioso central de una manera *indirecta*, desencadenando una reacción alérgica con una alteración albúmino-citológica del líquido céfalorraquídeo con lesión de las raíces nerviosas propia del síndrome de Guillain-Barré.

La preponderancia de este síndrome en la primavera, propia de los trastornos alérgicos; la preferencia por los sujetos tarados en sentido alérgico la mayoría de las veces, y la respuesta terapéutica trascendental a las hormonas adrenocórticotropas, fundamentan y respaldan bastante elocuentemente estas ideas para que no las tengamos en cuenta y las consideremos como las de mayor valor en todo el complicado andamiaje que se ha formado para construir un basamento etiológico capaz de llegar a una etiopatogenia definitiva de este síndrome.

Por si esto no bastase, nos encontramos con que TIFFENEAU, FROHNER, GAUTIER, DE MORSIER y BRON hallaron las formas acrodínicas del síndrome de Guillain-Barré y las describieron mucho antes de que viera la luz la teoría de PETTE.

Establecidos estos hechos, destaca principalmente el de que la respuesta terapéutica adrenocórticotropa forma parte principal de las conclusiones a las que tenemos que llegar para aceptar sobre las demás la importancia del concepto de la «inflamación alérgica» de PETTE.

Aunque después de todo lo dicho no faltará quien nos diga qué necesidad hay de terapéutica alguna en el síndrome de Guillain-Barré si se trata de un proceso cuya levedad es su característica principal.

No tenemos por qué volver a repetir las formas crónicas y las subcrónicas, de todos conocidas, y que existen formas recidivantes, entre las que se encuentran los casos de DAGNELIE y el de ALAJOUANINE, con tres recaídas, y el de THOMAS, con recurrencia a los seis años.

Por otro lado, ya hemos discutido, en el curso de esta comunicación, bastante sobre esta posible benignidad absoluta del proceso que estudiamos. No obstante, por si no bastasen nuestras humildes afirmaciones, recogemos una expresiva frase de JIMÉNEZ DÍAZ, que nos aclara bastante lo que puede ser el pronóstico del proceso, cuando nos dice: «No habiendo muerto en el período agudo, es seguro que el enfermo se va a reponer por completo».

Esto ya es mucho. Antes afirmábamos, con GUILLAIN-BARRÉ, aquello de que no sería científico negar la posibilidad de algunos casos mortales de este proceso.

Todo esto es mucho decir ante el peligro de un período importante en este proceso: el agudo precisamente. El peligro del período agudo es el que da categoría a la necesidad de una terapéutica eficaz, definitiva y que reduzca al mínimo absoluto esa letalidad que hasta los mismos autores del síndrome han tenido forzosamente que admitir.

ALBERCA nos dice textualmente, en un trabajo tan magnífico como todos los suyos: «Pero el clínico deberá contar, sobre todo en los momentos iniciales del proceso, con la posibilidad de que algún caso realice un síndrome de Guillain-Barré o se le parezca mucho en lo clínico y en lo humoral, tenga un final adverso, más que nada a costa de su invasión respiratoria».

Y no tenemos por qué repetir otra vez cómo había unas formas, las que presentaban un Lange, de tipo paralítico, que eran precisamente las mortales.

Tenemos, además, otro dato en favor de la teoría de la neuroalergia que defendemos, y es el estudio anatomopatológico del proceso hecho por DEBRE y THIEFFRY. Según estos autores, en este síndrome no se han encontrado lesiones en el sistema nervioso central, a excepción de una ligera hipercromía sin reacción de las células de las astas anteriores. En cambio, en los nervios periféricos, tanto en los sensoriales como en los motores, se encontró una hinchazón de las bandas de mielina y un engrosamiento de los cilindroejes con fragmentación de ciertos puntos.

Como quiera que todos estos datos se obtuvieron en necropsias de casos no precisamente típicos, dado el escaso número de material aportado a la anatomía patológica por una enfermedad tan benigna, los datos obtenidos, naturalmente, no tienen validez absoluta, pero sí que son algo más que añadir a nuestro estudio, sobre todo cuando ellos respaldan el concepto de enfermedad neuroalérgica que defendemos en el proceso.

Terapéuticamente se han empleado, para tratar este síndrome, desde todas las vitaminas B a dosis altas, hasta el BAL, la aureomicina, etc., pasando por la electroterapia, radioterapia y demás.

Pero los éxitos mayores son los conseguidos, en casos gravísimos, por VERNON, BRESLICH, FOSTER y POKORNY, etc., que respondieron maravillosamente al ACTH y la cortisona.

Nuestros casos fueron los siguientes:

CASO N.º 1.—J. R. C., número 2.225 de nuestro fichero particular. 10 - III - 1956. Niño de cinco años de edad, de Cortes de Navarra. Padre de 32 años; madre de 27; ambos sanos. Abuelo materno, asmático bronquial. Ningún otro antecedente digno de destacar. Nacido de embarazo y parto normales y a términos con 3'500 de peso. Lactancia materna, un mes; luego, Eledón compuesto y Pelargón; complementaria de zumos, papillas, caldos vegetales y yema a los seis meses. Ictericia fisiológica de recién nacido, de unos cuatro días. Sarampión a los dos años, benigno. Tos ferina, a los tres años, que le duró unos dos meses, sin complicaciones.

Enfermedad actual.—Comenzó, estando previamente normal, con febrícula, malestar, raquialgias, dolor en las piernas e insomnio hace dos días. El médico de cabecera le diagnosticó de *gripe* y le recetó piramidón (5 centigramos cada tres horas) y un frasco de aqucilina de 300.000 unidades cada día; le han puesto dos frascos de ésta. Esta mañana, paresias patelares, cefaleas y facies cerebral de Gsell. Anorexia. Estreñimiento. Sed. Sudoración profusa. Orina poco (cada ocho o nueve horas). No tiene tos, ni epistaxis, ni oxiuros. Tiene un coriza que suele padecer con frecuencia, las primaveras sobre todo. La temperatura máxima que padeció fue la de 37'9 grados. No ha tenido convulsiones. Se fatiga con facilidad, sobre todo a los esfuerzos. Dice que también le duele la cabeza con los esfuerzos. No le han dolido los oídos. En estos dos días dice la madre que ha perdido de peso. No presenta edemas.

A la exploración nos encontramos con un niño que pesa 16 kilos y mide un metro. De constitución asténica. Escaso panículo adiposo. Micropoliadenia generalizada. Fimosis. No se le palpa el bazo, y el hígado se palpa normal. El vientre del enfermito es depresible, blando, meteórico y ligeramente timpánico. Cien contracciones cardíacas por minuto, con tonos cardíacos normales. Algunos estertores catarrales diseminados por ambos campos pulmonares. Amígdalas rojas, hipertróficas; lengua saburral, geográfica. Tímpanos normales. Babinsky bilateral positivo. Sensibilidad normal. Signos de Dupré, de Oppenheim y de Gordon y Schaffer, ligeramente positivos. Aquíleo ligeramente positivo. Signo de Amoss o del trípode, positivo. Signo de Rurah, también positivo, con ligero Kernig y Brudzinsky, así como también el signo de Kramer.

Se le practica la primera punción lumbar, obteniéndose un líquido céfalorraquídeo con poca presión, claro, en agua de roca, con maniobra de Quequenstedt positiva. El líquido céfalorraquídeo da el siguiente resultado analítico: ligera xantocromía. Glucosa, 0'50 por mil. Albúmina, 0'70 por mil. Pandy, +++. Albúminas-globulinas, 1'5/1. Reacción del oro coloidal de Lange, 001244310000; 50 células por mm. cúbico, con un 90 por ciento de linfocitos.

No se le miran reacciones eléctricas.

Faltan atrofias, pero, ante todo este cuadro clínico hay que pensar principalmente en una poliomielitis, y se le trata con reposo absoluto en cama, arco de alambre que impida el roce de la ropa, fomentaciones a lo Kenny, vitaminas B_1 y B_{12} masivas. A los cinco días el niño ha mejorado ligeramente de su cuadro clínico y repetimos la punción raquídea, encontrándonos sorprendidos con el siguiente resultado: líquido céfalorraquídeo más hipertenso, xantocrómico; albúmina, 120 mgr.; glucosa, 45 mgr.; Pandy, +++; células, 2'5 por mm. cúbico, linfocitos en su mayoría.

Entonces, ante el cambio de diagnóstico con un síndrome de Guillain-Barré, se suspenden las fomentaciones a lo Kenny y las dosis masivas de vitaminas B_1 y B_{12}, dándoselas en mucho menores dosis por boca. Se le da un miligramo de prednisona por kilogramo de peso y día, repartida en cuatro tomas durante cinco días; otros cinco días, medio miligramo por kilo de peso, y otros diez días, 5 giligramos cada día.

A los dos meses el niño curó totalmente, sin otro trastorno ni tratamiento, recuperando totalmente todos los movimientos de sus extremidades y normalizándosele los reflejos. Se renunció a la fisioterapia por falta de atrofias musculares, que no la justificaban.

Al año, el niño continuaba completamente normal.

CASO N.º 2.—F. P. V., niña de dos años, de Montañana. Fechada el 11 de febrero de 1956. Padre de la niña, de 27 años, y madre, de 29, ambos sanos. Sin antecedentes familiares de interés. Nacida de parto a término y normal, después de una gestación sin nada digno de ser destacado. Criada al pecho por su madre hasta los catorce meses. Complementaria a los nueve meses, de papillas de harina tostada de trigo y puré de patatas y yema de huevo. Primer diente, a los diez meses. Anduvo a los catorce meses, cuando la destetó. Desarrollo psíquico normal. Tos ferina a los diez meses, con tres meses de duración. En el curso de la misma padeció una enterocolitis aguda, con vómitos y diarreas, y anorexia, que desembocaron en una distrofia de segundo grado, de la que tardó en curar dos meses más.

Enfermedad actual.—Hace tres días, estando anteriormente completamente normal, empezó con febrícula sin rebasar los 38 grados, anorexia y una deposición más blanda de lo normal. La madre le dio un cuarto de pastilla de cafiaspirina y la fiebre cedió rápidamente para no volver más. Aquella noche la niña durmió inquieta; se despertaba asustada, llorando, y sudaba copiosamente, llegando a empapar la almohada. Al día siguiente la niña estaba débil, se caía con frecuencia a pesar de no tener fiebre y de encontrarse relativamente bien, aunque falta de apetito; no hizo ninguna deposición, por lo que la madre le puso una lavativa de infusión de manzanilla con dos cucharadas de aceite. Por la noche apenas si durmió; lloriqueaba impertinente y también padeció copiosos sudores. Al día siguiente la traen a la consulta muy alarmados, porque la niña amaneció sin poder andar. La niña, en el lenguaje de los padres, «no se tenía» ni de pie ni sentada siquiera. No quiso tomar apenas alimentos, más que un poco de zumo de naranja azucarado y media papilla. No hizo de vientre ni vomitó. Está muy llorosa, impertinente y triste, y le duelen mucho las piernas en cuanto se le tocan.

A la exploración nos encontramos con una niña de constitución leptosomática. Panículo adiposo regular. Buena coloración de la piel. Aspecto triste. Quejumbrosa; le duelen mucho las piernas al menor movimiento. Pesa 12'400 kilos y mide 0'85 metros. No se le palpa bazo. El hígado se palpa normal. Vientre blando, no doloroso. Micropoliadenia cervical. Faringe muy roja, con amígdalas ligeramente hipertróficas. Tímpanos normales. Los reflejos aquiliano y patelar son negativos. El Babinsky, Dupré, Gordon, Oppenheim y Schaffer son ligeramente positivos. Ningún síntoma meníngeo. Ambos miembros inferiores están paralizados, colgando; pero hay persistencia del tono muscular y de la sensibilidad dolorosa y térmica, que son muy intensas.

La *punción lumbar* da un líquido céfalorraquídeo que sale a presión ligera, ligeramente turbio, un poco xantocrómico; glucosa, 60 mgr.; albúmina, 140 mgr.; Pandy, +++. Reacción del oro coloidal de Lange, 000112210000; 3 células por mm. cúbico, linfocitos la mayoría.

Diagnosticamos un síndrome de Guillain-Barré y damos un miligramo de prednisona por kilogramo de peso y día, repartido en cuatro tomas diarias, durante una semana. La semana siguiente, medio miligramo; vitaminas B_1 y B_{12}, 50 miligramos de cada, diarios, diez días. Reposo, arco de alambre para que no moleste la ropa de la cama, tres días. Alimenatción normal de fácil digestión, rica en zumos de frutas.

Es sorprendente ver cómo a los tres días ya no le duelen las piernas a la niña y se sienta en la cama, donde no hay quien la tenga en reposo a los cinco días, levantándose y andando normalmente; aunque se cae, y esto sirve para asustarla, gracias a lo cual conseguimos otros tres días de reposo.

No se le hace punción de control, dado el buen estado de la niña.

Cuando la volvimos a ver, a los tres meses, la niña continuaba completamente bien.

He aquí dos fichas clínicas que son manifestación elocuente de lo que es el síndrome de Guillain-Barré y de hasta dónde se puede errar en el diagnóstico sin punción lumbar y consecutivo estudio licuoral de una poliomielitis, de lo que es el síndrome de Guillain-Barré, de su evolución completamente distinta, del carácter, por tanto, favorable de su pronóstico, sobre todo en lo que se refiere a sus secuelas paralíticas y atróficas, por tanto, de su respuesta aparatosa, espectacular, a la prednisona, y de que por faltar los espasmos predecesores de la atrofia preparalítica en la poliomielitis no necesita de los extremosos cuidados de inmovilidad, fomentaciones y todo lo demás propio de un proceso tan severo como lo puede ser una poliomielitis.

Tiene también importancia epidemiológica el problema. No es lo mismo tomar medidas en este sentido ante una enfermedad de un pronóstico de la severidad de la poliomielitis, que hacerlo ante un síndrome de Guillain-Barré.

Se hace preciso el estudio de conjunto, recoger los datos posibles de antecedentes alérgicos, ver el carácter simétrico y distal de las parálisis; hay que llegar incluso, cuando se pueda, a estudiar la excitabilidad farádica, nula en las parálisis poliomielíticas, disminuída en el síndrome de Guillain-Barré; dato de capital importancia para BARAUD: observar el carácter más explosivo, más agudo, más intenso, de la poliomielitis sobre el síndrome que nos ocupa.

Comentando los casos que presentamos, nos encontramos, en el primero de ellos, el antecedente del padecimiento asmático del abuelo materno del enfermito que estudiamos y los corizas primaverales recidivantes del mismo. El comienzo del proceso con un cuadro clínico que difícilmente podríamos diferenciar de una poliomielitis, en el que sólo destaca la ausencia de atrofias musculares y la simetría de las parálisis, como lo más importante, además del carácter distal de las mismas. La forma de presentarse el enfermo y los resultados licuorales hacen obligatoria una terapéutica propia de una poliomielitis, ya que la misión principalísima del pediatra es la de proteger, hasta el máximo, el organismo del niño en todos los sentidos, para conseguir el mínimo de secuelas, lo que puede depender de cómo llevemos a cabo nuestra actuación en este primer período agudo.

La repetición del análisis licuoral nos sorprendió con la clarísima disociación albúminocitológica, y cambiamos la terapéutica ya sin temor, y dimos un viraje optimista a nuestro pesimista pronóstico, explicándonos una serie de datos clínicos encontrados que no tenemos por qué repetir.

Resumiendo, diremos que lo más destacado de este enfermo es el hecho de una alteración licuoral propia del síndrome de Guillain-Barré que padece, y que, por haberse mostrado con cierta tardanza, nos llevó a un diagnóstico erróneo y, lo que

es más importante, a un pronóstico y seguramente a un tratamiento inadecuado de la enfermedad.

La enseñanza clínica importante que nos da este caso primero que presentamos es la de que ante toda poliomielitis, no totalmente clara en cuanto a los síntomas señalados que ya se refieren, se hace precisa la punción lumbar periódica, por lo menos semanal, hasta que se llegue a un diagnóstico definitivo y contundente, que no haga posible la duda de que estamos ante un síndrome de Guillain-Barré.

La segunda historia clínica es un síndrome de Guillain-Barré clínico ya y licuoral desde su comienzo, y ella es un claro ejemplo de que no todos los niños que presentan una brusca parálisis de la mañana son víctimas de una poliomielitis. Que la punción lumbar también en estos casos deberá aclararnos el problema, y que si no lo hubiéramos hecho así, quizá esta niña hubiera vivido ya como una poliomielítica curada.

Por otro lado, nos encontramos con el hecho de que, en caso de que la profilaxis de la poliomielitis gane totalmente la batalla de la vacunación (lo que aún consideramos en plena experimentación, a pesar de todo el sorprendente camino recorrido en tan poco tiempo y de todos los éxitos conseguidos), naturalmente, ante casos como los descritos en nuestro trabajo, se hubiera llegado a prescindir de la vacunación, respaldados por la posibilidad de que estos enfermitos, por haber padecido ya una poliomielitis, habían adquirido inmunidad eficaz ante el proceso.

La posibilidad del posterior padecimiento de una poliomielitis, sin embargo, persistía, quedando el enfermito descuidado y los errores clínicos de los datos anamnésicos del enfermito harían pensar en la ineficacia de la inmunidad adquirida, en la posibilidad de padecer el proceso varias veces, como ocurre con ciertas enfermedades eruptivas agudas que, por ser cinco distintas, hacen creer, a los que no las diagnosticaron minuciosamente, que una de las más frecuentes de todas, la diagnosticada más alegremente, fue la que se padeció hasta cinco veces.

Comunes a las dos historias presentadas son una serie de síntomas propios de la reacción meníngea y otros, entre los que merecen ser destacadas la hiperhidrosis y la facies de Gsell, que es lo más común en los dos procesos y que se manifestó con claridad indudable.

Efectivamente, ya MULLER afirmaba que el 75 por ciento de los poliomielíticos padecían hiperhidrosis, lo que SCHAFFER encontró en el 25 por ciento de sus enfermos solamente. Esta suele ser generalizada y más intensa en los miembros afectos. Los dos síndromes de Guillain-Barré que publicamos también la presentaban.

La facies congestiva, con ligera cianosis de las mejillas y palidez circum oral, como dolorida y estática, con ojos asombrados, de la que GLANZMANN dice que los rasgos de mejillas, labios y párpados dan la sensación de flaccidez, sin que sea necesaria alteración paralítica facial de ninguna clase, que quizá sea expresión del pequeño trastorno de la inervación facial, la presentan nuestros enfermitos.

Los niños poliomielíticos suelen tener somnolencia, irritabilidad al despertarlos y molestarles en su sueño. El primero de nuestros casos clínicos padecía un insomnio pertinaz, por el contrario. Lo que señalamos como un dato más, ya que las perturbaciones de la conciencia no son definitivas en la poliomielitis.

Por todo esto, nosotros llegamos a las siguientes conclusiones al final de nuestro modesto trabajo:

1) Consideramos que se descuida demasiado, en general, la necesidad de destacar un diagnóstico diferencial preciso entre el síndrome de Guillain-Barré y la poliomielitis.

2) La importancia de este tema adquiere su mayor categoría si no olvidamos la total actualidad de los procesos por virus, sobre todo por su rebeldía a las terapéuticas actuales.

3) Esta importancia es mayor, precisamente, en la poliomielitis, porque adquiere su más grande morbilidad en los países sanitariamente más avanzados, lo que responde al paradójico fenómeno de PAYNES, que demuestra cómo a mayor sanidad y más perfectas condiciones higiénicas disminuye la morbilidad y mortalidad infecciosa general, aumentando, en cambio, la poliomielitis.

4) Admitidas desde KISS y FEYNES las formas polioencefalíticas de la poliomielitis, se hace preciso también, cada vez más, diferenciar este proceso del síndrome de Guillain-Barré como síndrome, éste, distinto, definido ya clásicamente y de sintomatología y, sobre todo, pronóstico, evolución y terapéutica tan dispar, que se hace imprescindible para actuar bien en Medicina y llegar a la mejor forma de conseguir su más exacta diferenciación diagnóstica.

5) El concepto unicista de FOSTER y KENNEDY, estudiando las neuronitis y haciendo un grupo común con el síndrome de Guillain-Barré y los procesos tan distintos que recordamos en nuestro trabajo, a nuestro humilde modo de ver, sólo sirvieron para aumentar el confusionismo que ya se pudiera tener sobre el estudio de estos procesos.

6) Creemos, con los diferentes autores que citamos, que confundir las formas respiratorias del síndrome de Guillain-Barré, las parálisis de Landry y las formas bulbares de la poliomielitis, es caer en un error, ya que si hay una diferenciación diagnóstica, evolutiva y terapéutica evidente entre dicho síndrome y la poliomielitis, también la hay entre la parálisis de Landry y la poliomielitis.

7) El hecho de que aceptemos, con GUILLAIN, que «no sería científico negar la posibilidad de algunos casos mortales del síndrome», no resta validez a que se tenga que seguir considerando como inmutable la primera afirmación de los propios autores de este síndrome, que consideraban como dato importante la benignidad del pronóstico del proceso por ellos descrito y que, unido al otro dato de la disociación albúminocitológica, dan carácter definido al síndrome.

8) La hipotonía, simetría de las parálisis, falta de atrofia, antecedentes alérgicos, etc., forman un conjunto de síntomas que deberemos valorar para ayudarnos a llegar a una conclusión definitiva.

9) Pero es la punción lumbar la que nos dará el dato más preciso propio del proceso con el estudio del líquido céfalorraquídeo, debiendo repetirse ésta cuantas veces sea necesaria cuando los datos recogidos nos hagan sospechar un síndrome de Guillain-Barré.

10) La evolución del proceso, su terapéutica distinta, su pronóstico y epidemiología diferentes de la poliomielitis, hacen precisa la aclaración diagnóstica.

11) La teoría de la «inflamación alérgica», de PETTE, a nuestro modo de ver, es la que mejor se adapta a la posible aclaración etiopatogénica del proceso.

12) El éxito terapéutico conseguido con las hormonas adrenocórticotropas en los casos que referimos y en los citados por diferentes autores, parecen ser un dato importante más que justifique por qué la preferimos sobre las demás.

13) Referimos un caso de síndrome de Guillain-Barré que precisó una segunda punción lumbar para llegar a un diagnóstico justo, y los dos casos citados respondieron a la terapéutica con prednisona.

14) Por todo ello hemos considerado de extraordinaria importancia sacar a la discusión general de esta docta Institución «Fernando el Católico» este tema, respaldados por la afirmación de Sócrates, que nos decía: «La ciencia humana consiste más en destruir errores que en descubrir verdades». Nosotros añadimos que destruir errores es la mejor forma de descubrir verdades.

RESUMEN

Se destaca el interés de establecer un diagnóstico preciso entre el síndrome de Guillain-Barré y la poliomielitis, cuyo aumento es notorio en los países sanitariamente más avanzados.

Se recuerda la sintomatología característica de estos procesos con vistas al diagnóstico, haciendo hincapié en la hipotonía, la abolición de reflejos tendinosos y conservación de los cutáneos, la falta de atrofia, la disociación albuminocitológica y también la distinta evolución del proceso en el sentido de la benignidad.

Describe dos casos personales que respondieron bien a la terapéutica con prednisona, y termina con unas consideraciones con vistas al interés práctico de estas afecciones.

Domicilio: P.º General Mola, n.º 30, pral. dcha., Zaragoza.

AFORISMOS GASTROENTEROLOGICOS

La diferencia entre la experimentación animal y la investigación fue y será ininterrumpida y siempre superada historia de la Medicina. Una cosa es practicar cirugía en animales, y otra, cirugía experimental (Catalano, F.). La experimentación en animales no puede ni debe ser más que un medio de comparación (Costa, A.).

* * *

La experimentación animal clinificada lleva en sí la sierpe desintegradora de lo indesintegrable: el hombre.

* * *

El «stress» es la lucha entre lo normal y lo anormal. El resultado de esa lucha (resistencia) es la adaptación o desadaptación; en este último caso se establece la enfermedad.

* * *

El mismo término agonía ha sufrido un «stress» en su significación gramatical. Originado en el griego «agein» (guiar), su extensión de concepto le obliga a significar lucha o «agonía» en los circos romanos; la persistencia del alarmógeno logró su desadaptación, y hoy «agonía» significa preóbito.

* * *

El ganglión de la muñeca es más llevadero y estético que la cicatriz y depresión que deja su exéresis (Finochietto, R.). En Medicina existen muchos extirpadores de ganglione* que elaboran gratuitamente los argumentos para los Molières o Shaws del siglo XXI.

* * *

El término «ganglión» entrará en la Medicina como sinónimo de proceso que es mejor dejar que tocar.

Dr. JUAN NASIO

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 400 - TOMO LXVIII
JULIO 1959

LIBROS

AUTORES EXTRANJEROS

DIAGNOSTIC DES MALADIES DU SANG, *por* E. STORTI. *Un vol. (16'5 por 24'5 cm.) de 1.006 páginas, con 113 figuras en negro y 33 láminas en color fuera de texto; encuadernación en tela. Precio: 13.800 francos. Gastón Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeón, París, VI. 1959.*

EL profesor italiano Storti, catedrático de Patología Médica en la Universidad de Módena, tan conocido fuera de sus fronteras patrias por sus trabajos en diversos campos de la Medicina, especialmente en el de la Hematología, condensa en voluminoso tomo su caudal experiencial sobre el extenso y complejo capítulo de las enfermedades de la sangre.

Sus dotes de maestro, consagrado durante muchas décadas a la enseñanza, y creador de una escuela que tan brillantes frutos da por doquier, se traslucen desde la primera página de su monumental obra, donde recuerda su formación hematológica bajo la dirección del mundialmente famoso Ferrata. La temática que desarrolla está orientada en un sentido práctico y didáctico dignos de imitarse y aplaudirse, que convertirá a su «tratado» en obra clásica y magistral, por su contenido y forma expositiva, por lo certero de sus tesis, descritas sin petulancia ni exclusivismos de escuela, sin abusar de las citas y bibliografía, que tantas veces ahogan el texto para no mostrarnos más que erudición efímera, de discutible valía.

La obra está dividida en los siguientes capítulos, cuyo contenido resumido cabe hacerlo así:

En el capítulo primero nos describe en forma exhaustiva las características de los hematíes, leucocitos (en sus diversas variedades) y plaquetas, para luego adentrarse en el estudio de la génesis de las células sanguíneas y papel que desempeñan los órganos y tejidos hematopoyéticos.

El capítulo segundo lo dedica al diagnóstico diferencial de las anemias, pasando revista a todas sus múltiples variedades, precisando sus características específicas y los elementos en que hemos de basar el encasillamiento en un grupo determinado.

En el capítulo tercero trata del diagnóstico de las mileosis agudas, dedicando apartados diferentes para las leucosis y reticulosis agudas, las panmieloptosis agudas, las mielosis eritrémicas, eritroleucémicas, eritroblastosis secundarias y el cloroma o, según la denominación de Aran, «cáncer verde».

En el capítulo cuarto aborda los diversos problemas que plantea el diagnóstico de las mielosis crónicas, incluídas las neoplasias malignas primitivas de la medula ósea y los plasmocitomas.

El capítulo quinto lo consagra al estudio de las poliglobulias y policitemias, tanto las sintomáticas como la idiopática, pero con orientación casi exclusiva diagnóstica. El capítulo sexto, el más extenso de la obra, es una revisión sobre la totalidad de las enfermedades hemorragíparas, donde, partiendo el profesor Storti del estudio de los factores que intervienen en la hemostasia y métodos clínicos empleados para averiguar sus trastornos, establece la clasificación de las enfermedades con tendencia a sangrar, diagnosticándolas y separándolas en tres grandes grupos: por anomalías de la coagulación de la sangre, por alteraciones de las plaquetas y por causas dependientes de la pared vascular.

Los capítulos séptimo y octavo, últimos de su obra, los dedica, respectivamente, al diagnóstico de las tumefacciones ganglionares y de las esplenomegalias.

Libro por muchos conceptos elogiable, podrá ser considerado como un exponente de la Hematología europea, ante el cual habrán de inclinar su cerviz otros círculos de estudiosos. Es ya significativo que un autor italiano sea traducido al francés, es decir, a una nación que sigue honrándose con poseer los maestros más didácticos, los mejores expositores de nuestros días. Sería de desear que una editorial española o de habla castellana tomara la iniciativa, costosa pero trascendente y valiosa, de verter esta obra a nuestra lengua; los médicos hispánicos saldríamos muy beneficiados y también, como consecuencia, la ingente legión de pacientes que padecen en nuestra Patria enfermedades de la sangre.

La editorial parisina G. Doin y Cie., per-

catándose, sin duda, de la valía del libro del profesor Storti, ha hecho una edición lujosa, sin regatear ningún tipo de sacrificios y esfuerzos, sumando a su más allá del millar de páginas infinidad de figuras y láminas en colores.—LUIS DEL CAMPO.

LA VERDAD ACERCA DEL CÁNCER, *por el doctor* CHARLES S. CAMERON. *Un volumen (16 por 23 cm.) de 349 páginas, con ilustraciones en negro y color; encuadernación en tela. Espasa-Calpe, S. A., Madrid. Año 1959.*

CUANDO las causas de una enfermedad se desconocen, la lucha contra ella es más incierta y difícil; pero aun así cabe una defensa eficaz y un ahorro importante de vidas aplicando los medios que tenemos a nuestro alcance para su prevención y tratamiento.

La difusión entre el público de los síntomas precoces del cáncer, los reconocimientos médicos periódicos aplicando al diagnóstico los medios de detección, cada día más exactos y perfeccionados, y los de un tratamiento radical y precoz, permitirán mejorar cada vez más nuestra posición en esta lucha contra una de las causas más solapadas de muerte, y reducir progresivamente el número aterrador de sus víctimas.

La obra presente aborda, en plan asequible al gran público, el problema del cáncer. Cuanto se sabe sobre sus posibles orígenes, estados predisponentes, extensión en el mundo, modo de diagnosticarlo, posibilidades de tratamiento y de curación, así como sus signos peculiares en sus distintas localizaciones, es expuesto en forma sencilla, clara, sin tratar de intimidar o retraer el ánimo, sino, por el contrario, de estimular, de vencer prejuicios, de alentar, para así divulgar las señales de peligro y evitar, por desconocimiento o indiferencia, la pérdida de un tiempo precioso que puede ser la salvación de una vida.

Es un libro sugestivo, en cierto modo optimista, y que ha de hacer mucho bien entre el público profano, que tiene, en muchos aspectos del tema tratado, conceptos erróneos y temores infundados.

Todo cuanto contribuya a evitar que por ignorancia o prejuicios lleguen tarde a nuestras manos casos que podían haberse defendido y curado, merece siempre alabanza y que su conocimiento se extienda y difunda en todos los ambientes; sólo así se logrará una labor eficaz.

Como libro de divulgación destinado a un público profano, el médico no va a encontrar en él ninguna novedad, pero sí puede serle útil en la forma de exponer y encauzar sus enseñanzas para contribuir a una aspiración general en el mundo entero: disminuir la mortalidad por cáncer.

La presentación, esmerada y pulcra, es la que corresponde a la bien cimentada fama de esta prestigiosa editorial, y la traducción del original inglés, hecha por el doctor Recarte, de la Facultad de Madrid, está correctamente lograda. Es libro que en Norteamérica se ha difundido extraordinariamente y del que esperamos que aquí ocurra lo mismo. — RICARDO HORNO LIRIA.

MISES AU POINT OBSTÉTRICALES ET GYNECOLOGIQUES. *(Actualizaciones obstétricas y ginecológicas.) Bajo la dirección del profesor* M. LACOMME. *Un vol. (17 por 25'5 cm.) de 136 páginas, con 40 figuras; rústica. Precio: 1.900 francos. Masson et Cie., Editeurs. 120, Boul. St. Germain, París, VI. 1958.*

LA inmensa cantidad de datos que continuamente recogemos en conferencias, revistas y variadas publicaciones, a veces en forma contradictoria, crean un cierto confusionismo cuando no son tamizados por una crítica bien cimentada. A evitar este desconcierto, y a poner al día algunos temas importantes que en los últimos años han sufrido hondas transformaciones, es a lo que tiende este volumen, que reúne un conjunto de trabajos de los autores más calificados, en los que se da una información completa y actual sobre asuntos muy diversos.

Así, en un primer capítulo, J. Bret estudia: «Las metrorragias por trombosis pelvianas», en donde esta patogenia inesperada lleva a plantear una terapéutica paradójica, pero eficaz. Este artículo va ilustrado con figuras muy bien conseguidas y demostrativas.

En un segundo capítulo R. Denil precisa las recientes nociones adquiridas sobre: «Diabetes pre-diabetes y embarazo» y los problemas prácticos que plantea la conducta a seguir en la clínica.

«La anestesia en obstetricia» es otro de los temas profundamente estudiados por P. Gellé. Las técnicas de anestesia —no de analgesia— están aún lejos de haber conseguido su perfección, y el autor analiza las dificultades y condiciones de una buena anestesia, describiendo la técnica a que ha llegado y con la que consigue buenos resultados.

«El carcinoma cervical» es siempre un asunto a la orden del día, y en él, R. Lauvin analiza los medios de diagnóstico práctico fuera del embarazo; en tanto que G. Le Lorier expone las dificultades del diagnóstico y las indicaciones terapéuticas durante la gestación.

«La radiología pelviana» ha modificado notablemente el concepto de distocia ósea. Aquí, P. Magnin, que, siguiendo la tradición de la escuela lyonesa, ha estudiado con profundidad este tema, refiere los conceptos más importantes que deben retenerse en la práctica corriente.

«Los accidentes grávido-cardíacos» han sido estudiados también de forma muy clara por P. Maurice y P. Thiroloix. Su planteamiento y las cifras aportadas demuestran las extraordinarias posibilidades del tratamiento médico, con el cual se anula hoy la cuestión en otro tiempo tan debatida del mal llamado aborto terapéutico.

«La exploración eléctrica de la contracción uterina» ha conseguido grandes progresos, claramente reunidos aquí por P. Morin, que dejan entrever una posibilidad de apreciar y tratar sobre nuevas bases las distocias dinámicas.

Finalmente, P. Vignes ha estudiado recientemente los procedimientos clínicos de «Dosificación de la hormona coriónica», revisando el origen, regulación y papel de esta hormona durante el embarazo.

Por esta sucinta relación podrán los lectores formarse una clara idea del contenido y finalidad de esta obra, excelentemente editada por la clásica firma Masson et Cie., cada día más apreciada por los médicos.—RICARDO HORNO LIRIA.

HEMATOLOGIQUE CLINIQUE, *por* J. BERNAD y MARCEL BESSIS. *Un vol. (19 por 26 cm.) de 526 páginas, 295 figuras y 37 planchas en color fuera de texto; encuadernado en tela. Precio: 14.500 francos. Masson et Cie., Editeurs. 120, Boulevard St. Germain, París, VI. 1958.*

NO crea el lector que se trata de un libro más de hematología dentro de los tratados clásicos en esta especialidad. Este debe considerarse como original, tanto en lo que se refiere a su contenido doctrinario como a la manera de presentarlo.

Como dicen los autores, les animó a la publicación del mismo el éxito obtenido en el último Congreso Internacional de Hematología, en el que expusieron, en una serie de cuadros sinópticos y de láminas, el estado actual de esta disciplina, que quizá como ninguna otra dentro de la Medicina se ha ampliado y perfeccionado de acuerdo con los adelantos técnicos y conocimientos científicos de la época en que vivimos.

El libro conserva la colección de figuras a todo color magníficamente reproducidas, así como una serie de cuadros sinópticos y dibujos que, unidos a una exposición clarísima, hacen el libro de un interés indiscutible, no sólo para el especialista, sino para el médico general, ya que las enfermedades de la sangre, o por lo menos sus alteraciones sintomáticas, invaden todos los terrenos de la Medicina.

Es difícil expresar en este resumen el valor del libro a que nos referimos. Como orientación del lector, diremos que en su primera parte estudia la hematología en general, es decir, las características físicoquímicas de la sangre, la histología y bioquímica de sus células, la química de la hemoglobina, la fisiopatología de la función hemostática, la inmunohematología, terminando con un interesantísimo capítulo en que estudia la acción de las radiaciones sobre la hematopoyesis.

La segunda y tercera parte estudian la patología clínica de las enfermedades de los eritrocitos y de los leucocitos, respectivamente. En la exposición de los diversos procesos se ha huído de la extensión innecesaria en la patogenia, así como en los tratamientos poco eficaces.

La cuarta parte se dedica a las enfermedades hemorrágicas, para terminar con una parte destinada al diagnóstico hematológico, es decir, al estudio de las posibilidades diagnósticas actuales en los casos de pancitopenias, anemias hemolíticas agudas, esplenomegalia, adenopatías mediastínicas, eosinofilias sanguíneas, cánceres y hematología de las enfermedades infecciosas.

Estamos seguros que todo médico que, como nosotros, tenga la suerte de hojear este magnífico tratado, se convertirá en un asiduo consultor del mismo.

La presentación, destacable dentro de las magníficas que acostumbra la Editorial Masson, constituye también uno de los atractivos del libro, por las láminas presentadas. — V. PEG JUARRERO.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 400 - TOMO LXVIII
JULIO 1959

REVISTAS

NACIONALES

HISTORIA DE LA MEDICINA

ZUBIRI, F. (Zaragoza).—«EL REY PRUDENTE: LAS ENFERMEDADES QUE PADECIÓ Y LA RESIGNACIÓN CON QUE LLEGÓ A LA MUERTE». «*Archivo de Estudios Médicos Aragoneses*», *págs. 29-47. Zaragoza, 1959.*

EL autor, haciendo gala de erudición y de conocimientos históricos, describe el panorama político español durante el reinado de Felipe II, de quien, tras abocetar su biografía humana, sus gustos y costumbres, su personalidad temperamental y las proyecciones de su carácter sobre su medio ambiente, trata de los padecimientos que asaetearon su cuerpo. Considera que sufrió durante más de veinte años de gota, contrariamente a muchos historiadores, que aseguran fueron unos catorce, llegando hasta incapacitarle para escribir, a lo que era tan aficionado. Para mejor conocer este morbo, se adentra en su descripción valiéndose de textos contemporáneos a aquel rey y modernos.

Refiere cómo se complicó en el regio personaje la gota —exacerbada extraordinariamente durante los ocho últimos años de su vida— con unas fiebres que, agotando sus fuerzas, le obligaron a utilizar una silla-hamaca, ideada por el neerlandés Lhermite, acompañante permanente del monarca.

Refiere con detalle los padecimientos de los cuatro últimos años de la vida del rey, afectado fundamentalmente de una hidropesía que abarcaba abdomen y piernas, complicada año y medio antes de su muerte con ulceraciones intensas de los dedos medio e índice derechos, juntamente con el primero del pie del mismo lado.

En este estado se encontraba cuando, a finales de junio de 1598, quiso ser trasladado a El Escorial para adorar una serie de reliquias traídas de los Países Bajos y Alemania, describiéndonos el doctor Zubiri cuantos pormenores se dieron para salvar aquella distancia desde Madrid y el recibimiento que se le tributó.

Para mejor conocer esta última etapa de sus molestias, el autor se adentra en el significado de la palabra «fiebres», con arreglo al criterio médico de hace un siglo y medio, especialmente comentando la obra de Sauvages; de esta forma, el doctor Zubiri nos permite mejor enjuiciar los textos galénicos de quienes asistieron al monarca, para traducirnos luego sus padecimientos bajo la sinonimia e interpretación médica actual, para terminar describiéndonos todos los pormenores que rodearon su muerte, acogida con general congoja por todo el reino y mostrándosenos Felipe II con una lucidez intelectual y resignación cristiana digna de ser admirada. — LUIS DEL CAMPO.

MEDICINA

LOSADA, M.; MOTLIS, J.; RODRÍGUEZ, J.; GONZÁLEZ, G, y MARTÍNEZ, A. (Madrid).—«ENFERMEDAD DE BEHCET. CONSIDERACIONES CLÍNICAS Y ANATOMOPATOLÓGICAS ACERCA DE UN CASO CON ENCEFALITIS.» «*Revista Clínica Española*», *71, 3. Madrid, año 1958.*

PRESENTAN los autores un caso que han tenido ocasión de estudiar de este síndrome, poco frecuente (menos de cien casos publicados), que se caracteriza por iridociclitis, con hipopión estéril, ulceraciones del tipo aftoso en piel y mucosas (bucal, genitales, uretra), manifestaciones reumáticas del tipo de artralgias difusas de las grandes articulaciones, así como en algunos casos, como el que presentan los autores, aparición de un cuadro de meningoencefalitis terminal.

La etiología es desconocida, aunque Behcet, al describir los primeros casos, abogara por la naturaleza virásica de la infección. Tampoco está aclarado el motivo de la aparición de cuadros tan dispares.

El diagnóstico diferencial es fácil, dado lo típico de las manifestaciones; pero en los casos incompletos puede plantearse con dos procesos parecidos, que cursan también con ulceraciones en piel y mucosas y afectación articular, como son el síndrome de Stevens Johnson y el síndrome de Reiter.

El pronóstico es, en general, malo y viene condicionado por las lesiones oculares que llevan irremediablemente a la ceguera y por la aparición de la encefalitis, que suele ser mortal.

En lo que se refiere al tratamiento, también podemos decir que se desconoce, pues, a pesar de haber utilizado diversos antibióticos, corticoides, transfusiones, etc., no se ha obtenido ningún resultado. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

APARATO DIGESTIVO Y NUTRICIÓN

FORTEZA BOVER, G., y BÁGUENA CANDELA, R. (Valencia).—«LA ELECTROFORESIS EN PAPEL DE LAS PROTEÍNAS, LIPOPROTEÍNAS Y GLICOPROTEÍNAS SÉRICAS EN LAS CIRROSIS HEPÁTICAS.» «*Revista Clínica Española*», *72, 6, 380. Madrid, 1959.*

LOS autores estudian veintiocho casos de cirrosis hepáticas de diversas características, las modificaciones que experimentan el proteínograma, el lípidograma y el glicoproteinograma, comparando los resultados obtenidos por ellos con los existentes en la literatura.

El trabajo es muy completo y, en general, los datos obtenidos coinciden con los corrientemente admitidos, siendo de interés la conclusión de que en las cirrosis es más frecuente la hiperproteinemia o la normoproteinemia que la hipoproteinemia, como ya había comprobado Gras, entre otros. Señalan también las características de heterogeneidad de la hipergammaglobulinemia en las cirrosis, que forma en el trazado un aspecto característico, con unión de las bandas correspondientes a la beta y gamma globulinas y que hoy se interpreta gracias a los estudios de inmunoelectroforesis en el sentido de que aumenta la fracción beta 2 M de manera anómala.

Tienen también interés las modificaciones del lípidograma, en el que señalan como dato típico la disminución de la alfa lipoproteína, como ya habíamos indicado nosotros en nuestro trabajo de tesis.

Indudablemente, el lípidograma tiene importante significación en el diagnóstico de las hepatopatías, tanto como puede ocurrir en la ateroesclerosis, materia a la que se aplica especialmente su investigación.

El trabajo es muy completo y acompañado de la comprobación histológica de los casos estudiados mediante la punción biopsia hepática.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

FARMACOLOGÍA

FLÓREZ TASCÓN, F. J., y RIVERO VALENZUELA, F. (Madrid).—«SEROTONINAS, ENTERAMINAS Ó 5 HIDROXITRIPTAMINAS.» «*Revista Clínica Española*», *71, 2, 98. Madrid, año 1958.*

SE trata de una interesante revisión sobre la farmacología y fisiopatología de la serotonina o enteramina, cuestión que ha despertado un gran interés en la actualidad por su relación con los problemas de la coagulación y la hemostasia, ya que la serotonina es un factor plaquetar que tiene una acción vasoconstrictora, necesaria para la primera fase de la hemostasia.

Por otra parte, hoy se conoce que es segregada por las células cromafines, habiéndose individualizado el cuadro producido por ciertos tumores de estas células, radicados originariamente en el intestino casi siempre, que evolucionan con un cuadro clínico muy típico. Por una parte, los síntomas de orden tumoral, por su localización intestinal, y por otra, una serie de síntomas que se interpretan debidos a la hiperfunción de las células tumorales que segregan la serotonina en exceso. El cuadro clínico de la hipersecreción de serotonina se caracteriza por la existencia de crisis de sofocaciones, hipertensión, disnea de esfuerzo paroxística y, a la larga, desarrollo de una cardiopatía derecha, con alteración estructural de la válvulas de corazón derecho por depósito en ellas de sustancia fibrinoide.

Aunque no es grande la frecuencia de estos tumores carcinoides, como se les llama por creer en su relativa benignidad, concepto hoy día desechado, pues dan con frecuencia metástasis, el interés conceptual de los mismos es grande, siendo muy numerosos los estudios que se les han dedicado en estos años.

Por último, la serotonina se relaciona con la actividad cerebral, siendo inhibido su metabolismo por la reserpina. Las relaciones existentes entre serotonina, reserpina y dietilamida del ácido lisérgico (sustancia que reproduce en parte los síntomas de la esquizofrenia) no están todavía completamente aclaradas, pero no deja de tener interés el que podamos pensar hoy en la posibilidad de demostrar la existencia de una base bioquímica en la esquizofrenia.

Como puede apreciarse de este resumen, el interés de la serotonina es grande y por ello es útil la lectura de esta revisión, muy al día, que presenta los diversos aspectos de interés del metabolismo y significación patológica de esta sustancia, que puede considerarse como de carácter hormonal.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

SOLÉ SAGARRA, J. (Barcelona).—«PROBLEMÁTICA DE LA SINTOMATOLOGÍA VERTIGINOSA.» *Asociación de Oto - neuro - oftalmología de Barcelona, sesión del día 20 de mayo 1958.*

EN el estudio del vértigo caben varias posturas y enfoques, desde la consideración clásica otoneurológica hasta la modernísima interpretación analítico-existencial.

Entre dichos enfoques extremos están las diversas interpretaciones somatopsíquicas y psicosomáticas, que varían grandemente según los autores y escuelas que se ocupan del vértigo en amplio sentido, sea como mero síntoma, como síndrome o como enfermedad.

Es natural que un otólogo puro estudie de muy diversa manera el vértigo a como lo haría un internista, un neurólogo o un psiquíatra. Aunque las bases anatómicas y fisiopatológicas deben ser forzosamente las mismas, la interpretación clínica variará profundamente según quién sea el especialista que se ocupe de la sintomatología vertiginosa. Esto no quiere decir que el estudio del vértigo tenga que ser necesariamente caótico, pero tampoco puede ser uniforme por los distintos especialistas que pueden y deben ocuparse del mismo, puesto que concurren en su estudio indudables y bien diferenciadas partes objetivas y subjetivas, que se valorarán más o menos por los especialistas citados.

Esto es así porque lo primero en diferenciar es ya si toda sensación vertiginosa es vértigo genuino (vértigo giratorio de Meniére) o simplemente sensación de mareo, o sea debilidad corporal que acabe en lipotimia. El primero se debe a irritación del aparato vestibular, y el segundo obedece a diversas causas, desde una anemia o intoxicación a verdaderas neurosis obsesivas del tipo agorafobia o claustrofobia. O sea, que actualmente vértigo no siempre es igual a reflejo vestibular, aunque es aconsejable adoptar desde el punto de vista didáctico la diferenciación entre vértigo genuino o giratorio, que vendría a ser el vértigo enfermedad, debido a excitación del nervio vestibular, y vértigo sintomático o secundario, producido por causas generales, que en realidad abarcan toda la patología. Otopatías diversas, laberintopatías, traumatismos óticos y neuropatías que afecten al VIII par craneal, son, en general, las causantes del vértigo giratorio clásico o de Meniére, con su típica tríada sintomática de vértigo, zumbido de oído y sordera; en cambio, el vértigo secundario puede ser debido a las más diversas causas, entre las cuales sobresalen por su frecuencia las tóxicas (alcohol, tabaco, productos tóxicos, etc.), las infecciosas, las terapéuticas (quinina, parpanit, salicilatos...), las digestivas, las circulatorias y las endocrinas. Por esto en la bibliografía que se ocupa del vértigo pueden leerse los más variados títulos en sendos trabajos en los cuales difícilmente se echaría de menos especialidad alguna de la Medicina contemporánea.

Teniendo en cuenta que el vértigo no es dolor, sino sensación molesta, en la cual coexisten tres factores: la sensación en sí misma, su interpretación y su explicación, poco cuesta percatarse que el factor psíquico es esencial en su etiopatogenia. Clásicamente, entre las causas generales del vértigo se pone la psicogenia, es verdad; pero referida exclusivamente al vértigo histérico o burdamente simulador. En el vértigo, la causalidad psíquica es mucho más amplia y trascendente, hasta el punto de que autores modernos como López Ibor lo han colocado en el centro sintomático de su círculo timopático y de la timopatía ansiosa, y abundan cada vez más los trabajos de autores (Von Weizsaecker, Vogel, Zutt, etc.) que estudian el vértigo desde el punto de vista antropológico, considerado en gran parte (los vértigos llamados funcionales, naturalmente) como una verdadera fobia, equiparable a la agorafobia o a la claustrofobia, o sea miedo, respectivamente, a los espacios abiertos y cerrados. Entre los psiquíatras que últimamente se han ocupado de la problemática global del vértigo cabe citar a S. Montserrat y C. Ballús, que han ideado un aparato con el cual obtienen un test oscilostático y objetivan mejor todo vértigo, sea cual fuere su etiología.—LUIS DEL CAMPO.

EXTRANJERAS

APARATO DIGESTIVO

BARONELLI, A.; PIERANGELLI, E., y GORO, C. — «LA COLECISTOCININA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DEL SONDAJE DUODENO BILIAR Y DE LA COLECISTOGRAFÍA.» *(La colecistochinina nella pratica clinica del sondagio duodenobiliar e delle colecistografia.) «Gior. Clin. Med», 39, 12, 1.883. 1958.*

Los autores han ensayado la utilización de la colecistocinina por vía endovenosa, en sustitución de otras sustancias colecistocinéticas normalmente usadas en clínica, en la realización de catorce sondajes duodenales y treinta y una colecistografías.

Han podido comprobar que la respuesta obtenida es análoga a la que provoca el sulfato magnésico por vía oral o la comida grasa, teniendo frente a éstos una serie de ventajas, que señalan.

En el sondaje duodenal permite obtener muestras de bilis pura, sin mezclas con las sustancias ingeridas como estímulo en otras técnicas.

Por otra parte, disminuye el tiempo necesario para la exploración en la colecistografía, de cuarenta a diez minutos, obteniendo una respuesta cinética homogénea y descartándose así los casos de falta de respuesta por defecto de secreción de colecistocinina por la mucosa duodenal.

A veces es posible visibilizar las vías biliares extrahepáticas simultáneamente con la vesícula.

La exploración no tiene ninguna contraindicación, tratándose, pues, de una modificación de interés en la práctica de la colecistografía, que será de gran ayuda en el diagnóstico de los procesos funcionales de las vías biliares extrahepáticas. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

PIERANGELLI, E.—«NUEVOS CONCEPTOS SOBRE LA FISIOPATOLOGÍA DE LOS PIGMENTOS BILIARES.» *(Nuovi concetti sulla fisiopatologia dei pigmenti biliari.) «Gior. Clin. Med.», 39, 12, 1.944. 1958.*

Es éste un interesante trabajo de revisión, que pone al día las ideas actuales sobre el metabolismo de la bilirrubina, recogiendo diversos trabajos que han venido a aclarar recientemente el mecanismo de eliminación de la bilirrubina.

La bilirrubina normalmente circulante, que de la reacción indirecta de Van der Berg, es bilirrubina pura, insoluble en agua pero soluble en alcohol y que no se elimina por riñón.

La bilirrubina de reacción directa está conjugada con el ácido glucurónico, habiéndose separado dos tipos de pigmentos, el I y el II, según la conjugación se haya realizado con una molécula de ácido glucurónico o con dos. Esta conjunción tendría lugar en las células de Kupter para la formación de la bilirrubina I, y en los hepatocitos, para la bilirrubina II.

Estas bilirrubinas conjugadas I y II son hidrosolubles, por lo que dan reacción directa de Van den Berg y pueden ser eliminadas por el riñón, pero no por filtración glomerular, sino por un mecanismo de secreción tubular.

Estas ideas tienen un gran interés, pues permiten explicar el mecanismo de algunas ictericias. La colemia de Gibert sería debida a un déficit del sistema de conjugación de la bilirrubina.

Según Bollman, la bilirrubina directa de la ictericia hepatocelular estaría representada por el pigmento I, mientras que en la ictericia por retención se trataría del pigmento II. La distinción de los dos pigmentos, posible cromatográficamente, puede ser un magnífico test para el diagnóstico diferencial de estos dos tipos de ictericia.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

RE, C., y RIVERO, S. (Torino).—«LESIONES LIGAMENTOSAS DE LA RODILLA POR TRAUMA DE ESQUÍ. RESULTADOS A DISTANCIA DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR». *(Lesioni legamentose del ginocchio da trauma sciistico. Risultati a distanza del trattamento conservativo.) «Minerva Ortopedica», anno VIII, núms. 5-6, págs. 199-208, mayo-junio 1957. Torino.*

En el quinquenio 1951-55, entre doscientos noventa casos de lesiones ligamentosas de la rodilla, asistidas en el Hospital María Victoria, de Torino, cuya División de Ortopedia y Traumatología dirige el ilustre profesor Re, ciento siete correspondían a accidentes esquiando. Porcentaje elevado que justifica y valora este interesante trabajo.

De la revisión practicada con detenimiento, deducen los autores conclusiones de gran interés práctico, basadas en su copiosa experiencia. Tan sólo en un porcentaje de casos que no rebasaba mucho el 3 por ciento, estiman indispensable recurrir a la sindesmorrafia precoz, de más fácil ejecución y de resultado más seguro que la sindesmoplastia tardía.—SERAL.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

BROC, P.; ROUVILLOIS, C., y GAUCHEZ, J. (París.).—«SOBRE VARIEDADES, PORVENIR Y DIAGNÓSTICO DE LOS TUMORES TIROIDEOS DEL OVARIO.» *(A propos des varietés, de l'avenir, du diagnostic des tumeurs thyroidiennes de l'ovaire.) «La Presse Médicale», núm. 5, págs. 165-167, enero 1959. París.*

Se trata en este trabajo del interés que presentan ciertos tumores del ovario en los que el tejido tiroideo es histológicamente normal, o forma inclusiones tiroideas en un teratoma complejo, o bien constituye un verdadero bloque ovárico en el cual la totalidad del tumor está formada por este tejido.

El trabajo, acompañado de bellas microfotografías en color, se basa en dos observaciones inéditas (Rouvillois y H. Robert), en cuatro francesas, ya publicadas, y en el estudio de doscientos treinta y tres casos reseñados en la literatura mundial (tesis parisina de Gauchez).

Este importante material de estudio permite una revisión de conjunto sobre las varie-

dades, porvenir y diagnóstico de los tumores ováricos con estas características, siendo las más corrientes aquellas en que el tejido tiroideo es histológicamente normal.

De doscientos treinta y tres casos, en ciento ocho se trataba de inclusiones más o menos importantes, asociadas a un complejo teratoma ovárico. En cincuenta y seis había inclusiones simples en la pared del quiste (teratoma simple). En otros sesenta y nueve casos, el tumor era un verdadero bocio ovárico, conteniendo exclusivamente tejido tiroideo.

La evolución de un adenoma tiroideo puede ir acompañada de signos tóxicos (Frühling); otras veces recuerda la de hiportireosis (Mazingarbe).

En nueve de los casos registrados, la exéresis del bocio solo, produjo la curación; pero en otros tres no atenuó los fenómenos tóxicos, pues las viciaciones secretoras interesaban a la vez al cuerpo tiroides y al tejido ovárico (pruebas postoperatorias con iodo radiactivo 131).

Más raramente el bocio ovárico presenta formas histológicas de cancerización. En doscientos treinta y tres casos, los autores han encontrado ocho en que la cancerización era evidente. El diagnóstico preoperatorio sólo fue hecho excepcionalmente. La calidad del tejido tiroideo disgenético puede hoy ser apreciada por una dosificación en el test con iodo radiactivo.—RICARDO HORNO LIRIA.

GRECO, T. (Florencia). — «LA TRIETILENOTIOFOSFORAMIDA O THIO-TEPA EN EL TRATAMIENTO DE LAS RECIDIVAS DEL CÁNCER DE LA MAMA.» *(La triethylene-thiophosphoramide o thio-tepa dans le traitement des recidives du cancer du sein.) «La Presse Médicale», núm. 4, págs. 131-132, enero 1959. París.*

LA quimioterapia anticancerosa, considerada como terapéutica paliativa, no había salido hasta ahora del terreno experimental.

El autor estima que la quimioterapia debe utilizarse en íntima asociación con la cirugía, en el tratamiento de los tumores malignos, y aporta el resultado de su experiencia en una estadística de más de cien casos, de los que detalla treinta y cinco casos de mujeres con recidivas de neoplasias mamarias malignas, operadas previamente con intervenciones radicales. En ellas, las recidivas observadas eran múltiples y de las más variadas localizaciones: ganglionares, pleuropulmonares, hepáticas, óseas, cerebrales, etc.

Emplea la dosis de 5 a 10 miligramos, cada vez, de thio-tepa, por vía endovenosa o intratumoral, sin observar nunca ningún incidente que obligue a la interrupción del tratamiento por intolerancia. La caída de glóbulos blancos, a veces hasta por debajo de los tres mil, no debe ser causa de preocupación, ya que rápidamente vuelven a lo normal, bien espontáneamente o bien después de transformación o de administración de vitamina B_4.

El tratamiento hace desaparecer rápidamente el nódulo mamario y detenerse las metástasis esternales, modificando de manera sensible el cuadro pleuropulmonar, por lo cual considera que la terapéutica médica de las recidivas por cáncer encuentran en la thio-tepa un elemento de gran interés práctico.

No se trata de afirmar que la quimioterapia, gracias a este producto, conduzca a curaciones verdaderas, puesto que su acción es limitada en el tiempo y no siempre eficaz; pero sí que las pacientes mejoran en los dos tercios de los casos, obteniendo un resultado evidente y a veces notable.

El autor se muestra de acuerdo con Batman, Shay y Sun, afirmando que este nuevo producto puede rivalizar con cualquiera de las terapéuticas actualmente empleadas para combatir las recidivas del cáncer de la mama.—RICARDO HORNO LIRIA.

PEDIATRÍA

CASTELLANOS, GIRAL, ROJO y VALLADARES. — «ABSORCIÓN POR LA LINFA MESENTÉRICA DE LOS ANTIBIÓTICOS Y SULFAS ADMINISTRADOS POR VÍA ORAL. SU IMPORTANCIA EN LA TERAPÉUTICA DE LAS DIARREAS BACTERIANAS ENTERALES.» *«Revista Cubana de Pediatría», vol. XXX, núm. 2, febrero de 1958.*

TODOS sabemos que hay sulfamidados de gran absorción intestinal (sulfatiazol, sulfadiazine, etc.) y otros que apenas pasan la barrera intestinal (sulfoguanidina, sulfasuxidina, etc.). Lo mismo ocurre con los antibióticos: entre los primeros están el cloranfenicol, iloticina, etc., y entre los segundos, la neomicina, estreptomicina oral, etc.

Pero lo que hasta ahora nadie estudió, en el sentir de los autores, fueron las vías de absorción.

Existen dos vías posibles: la sanguínea o venosa, en la que por la porta pasarían al hígado los medicamentos, y la linfática, en la que serían absorbidos por los linfáticos intestinales, o, después de atravesar los ganglios mesentéricos, etc., por el conducto torácico, irían a parar al sistema venoso, de aquí al corazón y luego a todo el árbol circulatorio.

Se llega a la conclusión de que el gran problema, en los procesos bacterianos intestinales, es la existencia de una linfoadenitis mesentérica por lo menos (y mediastinal también en muchos casos), en cuyo caso lo más importante es que el agente terapéutico llegue a los ganglios mesentéricos infectados para que ejerza su efecto curativo seguro.

Los estudios se llevaron a cabo en perros de 15 kilos de peso, como mínimo.

Se encontró que la adición a los medicamentos, de aceite de oliva, aumentaba la concentración de sulfadiazine en la linfa. Lo mismo ocurrió en el cloranfenicol, el cual abundaba en la linfa y también en la sangre.

Lo que quiere decir que la adición de lípidos aumenta el efecto terapéutico de estos medicamentos, por lo que se prefiere la unión a un aceite vegetal de bajo punto de fusión. A. MALLÓU.

PSIQUIATRÍA

PÉREZ BORJA (Quito). — «DISRITMIA MAYOR LENTA.» *«Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas», vol. VI, núm. 24, págs. 514-517, octubre-diciembre 1958. Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana, Quito.*

EL autor tuvo la oportunidad de practicar un electroencéfalograma a una niña en cuyos antecedentes se hallaba un fuerte trauma obstétrico, que repercutió desde los cinco meses de edad actualizando crisis de aspecto de espasmos en flexión, repitiéndose hasta docenas de veces al día y que falleció a los dos años. El registro electroencéfalográfico, cuyo trazado reproduce el autor, señalaba un tipo especial de ondas lentas de gran voltaje, a las que se añaden puntas que pueden aparecer de manera focal en un momento o generalizado en otro, dando gran irregularidad a su aspecto, que pueden identificarse como las llamadas de Gibs Hypsarhytmia o disritmia mayor lenta.—LUIS DEL CAMPO.

TISIOLOGÍA

PEZA, M., y ANZANO, O. (Nápoles). — «A PROPÓSITO DE LOS QUISTES AÉREOS PULMONARES CONGÉNITOS. TRATAMIENTO CON ASPIRACIÓN ENDOCAVITARIA.» *(A proposito di cisti aeree polmonari congenite. Trattamento con aspirazione endocavitaria.) «Archiv. di Tis. e Mal. Ap. Respir.», 14, 68. 1959.*

MUY interesante es este artículo de estos dos médicos del Instituto Príncipe de Piamonte, de Nápoles, dirigido por el profesor Monaldi, autor del método universalmente conocido de la aspiración endocavitaria, que no sólo en el campo de la tisiología tiene utilidad, sino allí donde sea preciso cerrar una cavidad.

Presentan dos casos de niños de dos años de edad, que en las radiografías se observan dos quistes aéreos gigantes, uno en base izquierda, y el otro enfermo, de cavidad aérea en campo superior. Había supuración de la cavidad y mal estado general de los enfermos, por los que poco se podía hacer ya con los antibióticos. Colocada la sonda de Monaldi, se hace la aspiración a las cuarenta y ocho horas de la intervención, que en un caso viene precedida de anestesia general. Poco más de un mes han tenido puesta la aspiración, consiguiendo en ambos casos el cierre de la cavidad.—SAMITIER.

SISTI, M. A.—«LA ASPIRACIÓN ENDOCAVITARIA DE MONALDI EN EL TRATAMIENTO DE LAS CAVIDADES TUBERCULOSAS DEL PULMÓN.» *(L'aspirazione endocavitaria di Monaldi nel trattamento della tubercolosi polmonare.) «Archivio di Tis. e Mal, Ap. Respir.», 14, 50. 1959.*

ESTE médico del Hospital Sanatorio de Bari y discípulo de Monaldi presenta interesantes casos de cavitarios en los que la aspiración consigue el cierre de las cavidades pulmonares, algunos en plasteados a los que no cabía otra solución que la empleada con éxito.—SAMITIER.

M. BUZESCO y V. MACRY (Bucarest). — «LA HERNIA DEL MEDIASTINO SIGNO DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE EL PULMÓN OPACO POST-ATELECTÁSICO Y EL PULMÓN OPACOPLEURÓGENO.» *(La hernie du mediastin signe de diagnostic differentiel entre le poumon opaque post-atelectasique et le poumon opaque pleurogene.) «Le Poumon et le Coeur 10,1087, 1958.»*

LA radiografía de perfil revela en el pulmón opaco post-atelectásico una gran claridad retroesternal y una zona clara menor en el mediástico posterior. Es la aspiración del pulmón atelectásico sobre el pulmón sano contralateral, mientras que si la opacidad pulmonar es de origen pleurógeno se observa una sombra densa que engloba pulmón y corazón con una estrecha banda retroesternal clara, pues en este caso la rigidez mediastínica impide la formación de la hernia pulmonar citada.—SAMITIER.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 400 - TOMO LXVIII
JULIO 1959
CONGRESOS

EL I CONGRESO MÉDICO NACIONAL DE LA CRUZ ROJA ESPAÑOLA

(Madrid, 20-23 mayo 1959)

DURANTE los días 20 al 23 de mayo último ha tenido lugar en Madrid el I Congreso Médico Nacional de la Cruz Roja Española, que consideramos como la primera reunión científica organizada con carácter de congreso por esta humanitaria institución en todo el mundo.

La presidencia del Congreso ha estado confiada al doctor don Carlos Blanco Soler, jefe de los Servicios de Medicina del Hospital Central de la Cruz Roja, formando con él la Comisión organizadora los doctores don Enrique García Ortiz, don José de la Hoz Fabra, don Francisco Jaca Crende, don Carlos García Ortiz, don Juan Fernán Pérez y don Ignacio Mateo Martín.

La Cruz Roja Española sostiene en la actualidad, a lo largo y a lo ancho de toda España, nada menos que veintisiete hospitales, cincuenta y seis dispensarios y setenta puestos de socorro, así como cuatro hospitales móviles y doscientas veintiséis ambulancias, que funcionan con la mayor intensidad y entusiasmo.

En la actualidad sobrepasan bastante los dos mil médicos que prestan servicio con carácter absolutamente gratuito y con un plausible y humanitario desinterés en todos estos centros sanitarios que hemos mencionado. Con ellos colaboran unas quinientas enfermeras profesionales y unas quince mil damas auxiliares voluntarias, amén de cuatrocientas religiosas, dos mil empleados administrativos y subalternos, dieciséis mil camilleros que forman las Brigadas Sanitarias, rivalizadoras con el mayor entusiasmo en el desempeño de su altruista misión. Pasan del millón y medio de asistencias facultativas las prestadas durante el último año, realizando sus ambulancias, sólo en Madrid, cerca de treinta mil traslados de enfermos.

Esta magnífica y brillante labor explica perfectamente la necesidad de que los médicos de la Cruz Roja Española se reúnan, aun cuando sea por primera vez ahora, a deliberar sobre sus estudios experimentales y sobre la magnífica labor clínica a la cabecera del enfermo y en los quirófanos, dotados de todos los elementos necesarios para el mayor éxito.

En el Congreso que acaba de celebrarse se fijaron cuatro ponencias oficiales: la primera versó sobre «*Protección ante las radiaciones ionizantes*», que fue desarrollada por una personalidad de tanta solvencia como el catedrático don Gonzalo Piédrola Gil y en la que han colaborado los doctores don Eduardo Ramos Rodríguez, don José Lucas Gallego, don Aureo G. Churruca, don José Amaro Lasheras y don Eduardo Sánchez Serrano.

De esta ponencia podemos ofrecer al lector las siguientes conclusiones:

Primera.—Es conveniente, desde el punto de vista sanitario nacional, difundir esta ponencia entre sanitarios, biólogos, físicos, químicos, técnicos de industria, etc.

Segunda.—Es necesario incluir en los programas de Facultades y Academias Especiales los fundamentos, peligros y medida de la radiactividad, para lograr una protección eficaz contra las radiaciones ionizantes.

Tercera.—Hay que realizar una propaganda de educación, que corresponde a la Dirección General de Sanidad, para evitar el abuso de radioscopias y radiografías innecesarias o de complacencia, que divulgue los peligros de la pelvimetría radiológica y de las radiografías seriadas intestinales en embarazadas, etc., haciendo ver la no inocuidad de dichas exploraciones y describiendo cómo limitar la irradiación de los explorados.

Cuarta.—Es indispensable la implantación en España de las normas internacionales de protección contra radiaciones ionizantes, por razones sanitarias y por las obligaciones internacionales adquiridas.

Quinta.—Consideramos necesaria la publicación de un folleto de protección radiológica, que podría realizar la Cruz Roja, para los médicos que en sus consultas emplean la radioscopia y la radiografía como medio auxiliar de diagnóstico (traumatólogos, especialistas del aparato digestivo, etc.) y que

son actualmente los más afectados por aquellas radiaciones.

Sexta.—Es de desear la íntima conexión, en una labor efectiva práctica, entre la Dirección General de Sanidad y la Dirección General de Energía Nuclear, para la inspección de centros donde se emplean radiaciones ionizantes, para dar el visto bueno al nombramiento de técnicos directores de aquellos centros, para el transporte de cuerpos radiactivos y para el control de los depósitos y eliminación de residuos radiactivos.

Séptima.—Los profesionales de centros oficiales y paraestatales, industrias, etc., que trabajen con radiaciones ionizantes, deben ser declarados aptos previamente mediante un completo reconocimiento, tanto en lo referente a su aptitud somatofisiológica como por su preparación en el trabajo a desarrollar; deben ser reconocidos periódicamente y separados temporalmente de su labor si pasan de la dosis admisible.

La legislación laboral apropiada a las características de nuestra Patria debe ser dictada por los Ministerios correspondientes.

Octava.—Las plantas de energía nuclear tienen previstos y en marcha constante sistemas complejos y dinámicos de protección, que se extiende, no sólo al personal que trabaja en ellas, sino a las zonas habitadas que las rodean; de ninguna manera representan un riesgo apra las poblaciones próximas, si aquellos sistemas de protección son adecuados y funcionan debidamente.

Novena.—Las instalaciones móviles de energía nuclear, por ejemplo, de submarinos, o las transportables del Ejército, o en zonas de difícil aprovisionamiento de combustibles usuales, no ofrecen peligro para las aguas que navegan, puertos en que fondean o zonas donde se instalen.

Décima.—La Cruz Roja, en su misión humanitaria y de socorro, debe contar con equipos y personal especializado para atender debidamente los improbables casos de accidentes en las plantas o laboratorios de isótopos.

Undécima.—Asimismo, la Cruz Roja debe tener organizadas unidades de asistencia especializadas en todo el territorio nacional, en colaboración con la defensa civil o pasiva, y todo el personal debe poseer los conocimientos necesarios para la correcta asistencia de los tres tipos de lesionados por agresiones nucleares.



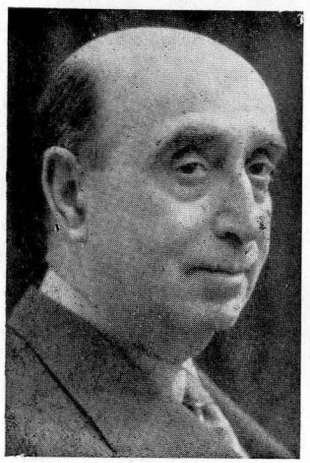
EXCMO. SR. D. ANTONIO M.ª DE ORIOL
PRESIDENTE DE LA CRUZ ROJA ESPAÑOLA



DR. ARACAMA
INSPECTOR GENERAL MÉDICO

Duodécima.—Las conclusiones de esta ponencia, una vez discutidas y aprobadas por el Congreso, deben ser elevadas a los Poderes públicos correspondientes, para que sean realidad en un próximo futuro.

La segunda ponencia estudió el tema «*Las comunicaciones interauriculares: Estudios clínico y quirúrgico de cuarenta casos*», y fue



DR. BLANCO SOLER
PRESIDENTE DEL CONGRESO

confiada al cirujano de corazón del Hospital Central de la Cruz Roja, del Hospital de «Auxilio Social» y del Instituto de Patología Médica, que dirige el profesor Marañón, doctor don Enrique García Ortiz, colaborando con él los doctores don José de la Hoz Fabra, don Francisco Jaca Crende y don Miguel Casamayor del Cacho. De esta interesante ponencia ofrecemos al lector las siguientes conclusiones:



EXCMO. SR. D. FRANCISCO LUQUE

Se presentan cuarenta casos de comunicaciones interauriculares; la deshiscencia septal es pura en treinta y dos casos, que constituyen la base del estudio.

1.º Existe un contraste entre la latencia funcional y la mayor o menor importancia de la sintomatología objetiva de característica cardíaca derecha.

2.º Existe siempre cianosis con una hipertensión arterial pulmonar y también cuando se elevan las resistencias pulmonares, observándosela rara vez en los sujetos jóvenes sin descompensación circulatoria, y es siempre consecuencia o por lo menos nos hará pensar en un «shunt» venoarterial masivo. En el adulto aparece en aquellos casos con insuficiencia cardíaca y con arritmia completa y gran corazón y como motivo de estasis periférico más que de la inversión del cortocircuito.

La insuficiencia cardíaca de la C. I. A. es bastante característica; unas veces hay, generalmente, una persistencia de un «shunt» arteriovenoso exclusivo o predominante y siendo la hipertensión arterial inconstante. En este tipo de cardiopatía, la elevación de las presiones de relleno del ventrículo derecho no atestigua obligatoriamente el fracaso del miocardio.

3.º Las modificaciones radiológicas del árbol arterial pulmonar siguen siendo un signo fiel de la C. I. A.; el corazón está agrandado de volumen, sobre todo en aquellas formas que se asocian con un fuerte débito pulmonar y una hipertensión arterial pulmonar elevada.



DR. FERNÁN PÉREZ
ENCARGADO DE LA SECCIÓN DE PRENSA

4.º Las modificaciones electrocardiográficas son anomalías adquiridas, cuyo último estadio en su evolución está representado por un bloqueo de rama completo, que incluso puede regresar, sin embargo, después del cierre quirúrgico de la C. I. A.

El aspecto del rsR en V1 no significa un verdadero asincronismo ventricular.

5.º En la exploración hemodinámica se demuestra que la saturación venosa pulmonar es la normal en la mayoría de los casos.

Se aprecian «shunts» mixtos en más de la mitad de los casos.

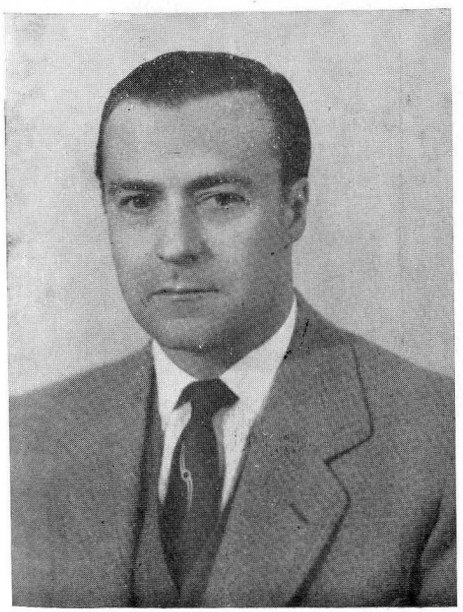
El estudio de las curvas de presión obtenidas simultáneamente en ambas aurículas nos indica que el mecanismo de las presiones a nivel auricular no basta para explicar la dirección de los «shunts».

Es frecuente la hipertensión arterial pulmonar, pero más bien moderada, dependiendo por:

a) A la elevación de los débitos pulmonares; y

b) Al aumento de las resistencias arteriales.

En los primeros, la hipertensión arterial es moderada o leve, y en los segundos, intensa.



DR. D. ENRIQUE GARCÍA ORTIZ
SECRETARIO GENERAL DEL CONGRESO

6.º Se clasifica la C. I. A. individualizando tres grupos según la tipología de la hipertensión arterial pulmonar.

7.º Se hace un estudio angiocardiográfico demostrando los signos directos e indirectos de esta anomalía.

8.º Se plantea el tratamiento quirúrgico creyendo que el foramen oval, el *ostium secundum* y el *ostium primum* simple pueden dar, bajo la hipotermia a corazón abierto y parado o con prostigmina, un resultado plenamente satisfactorio, ya que el límite del tiempo es suficiente para cerrar estos tres tipos de defecto septal en menor tiempo que el necesario. En uno de los casos en que existía un drenaje de las venas pulmonares anómalas pudo hacerse el corrimiento del tabique y el cierre del defecto con resultado brillante.

Creemos que en la forma de canal atrioventricular no se debe utilizar la hipotermia, sino la máquina corazón-pulmón.

La tercera ponencia estudió los problemas de la «*Rehabilitación y recuperación de inválidos*», estando a cargo de su desarrollo el doctor don Lorenzo García Tornel, director del Hospital de la Cruz Roja de Barcelona, vicepresidente de la Real Academia de Medicina de aquella capital y ex presidente de la *World Medical Association*, contando con la colaboración de los doctores don José María Poal y don Francisco Barnosell, de la que ofrecemos a continuación el siguiente resumen:

Los autores hacen un preámbulo sobre la trascendencia económica de la rehabilitación y exponen cómo el progreso constante de la Medicina ha incrementado el número de enfermos y traumatizados que sobreviven a su enfermedad o lesiones, pero que quedan con severas incapacidades o invalideces. Cada uno de estos casos representa una vida humana salvada, pero plantea el problema de si la sociedad, que es capaz de salvar una vida, podrá dar a ésta dignidad, propósito e independencia.

Justifican el enfoque de la ponencia de acuerdo con las normas de la Federación Internacional de Medicina Física y Rehabilitación, que basan esta especialidad en la fisiopatología de los síndromes que condicionan secuelas incapacitantes, en las técnicas exploratorias especiales para un diagnóstico preciso, y al conocimiento de la aplicación y acción biológica de los medios terapéuticos a emplear.

El trabajo se centra sobre las invalideces del aparato locomotor desde un punto de vista unitario. El aparato locomotor está integrado funcionalmente por una serie de unidades dinámicas. La unidad dinámica (concepto

original de los autores) es el conjunto de elementos estructurales de cuya acción coordinada depende el funcionalismo fisiológico de una articulación. Partiendo de este concepto se comprende que el problema clínico del paciente del aparato locomotor se resume en dos puntos fundamentales: restablecer el funcionalismo y coordinación de las unidades dinámicas.

En el capítulo de la clínica se describen los síndromes que mayormente provocan invalideces del aparato locomotor:

1. Síndromes neurológicos: Parálisis motoras periféricas (radiculares, plexulares y troncular·es). Miopatías primitivas de tipo distrófico (distrofia muscular progresiva, miastenia grave pseudoparalítica, amiotrofia congénita, miotonía congénita hereditaria de Thomsen, distrofia miotónica de Curschmann). Miopatías miálgica y miolíticas. Parálisis motoras centrales. Paraplejía. Síndromes medulares cordonales de la sustancia blanca. Idem de la sustancia gris del asta anterior (considerando especialmente la poliomielitis). Síndromes bulbares, protuberanciales, pedunculares, cerebeloso, extrapiramidales, talámicos. Aplaxia y agnosias.

2. Síndromes reumatológicos:

a) Reumatismos de base inflamatoria (artritis reumatoidea típica, espondilitis reumatoidea, enfermedad de Still, reumatismo psoriásico, reumatismo focal).

b) Reumatismo de base degenerativa (artrosis generalizada, nódulos de Heberdenk, coxartria, gonartria, espóndiloartrosis, reumatismo estático, reumatismo menopáusico).

c) Reumatismos de base metabólica (gota).

3. Síndromes vasculares:

a) Arteriales (síndrome isquémico agudo, síndrome isquémico crónico).

b) Venosos (obstrucción e insuficiencia venosa).

4. Invalideces postraumáticas.

En el capítulo de exploración de las estructuras de la unidad dinámica se exponen las técnicas para la correcta exploración del:

1) Nervio. Examen clínico, electrodiagnóstico.

2) Músculo. Examen clínico y test muscular electromiografía, pruebas de laboratorio, biopsia.

3) Arteria. Oscilometría, temperatura local, arteriografía, capilaroscopia, tiempo de circulación, contenido de oxígeno en la sangre, pletismografía.

4) Vena. Función venosa, flebografía.

5. Articulación: Exploración clínica topográfica (cabeza, cuello, tronco, columna, pelvis y extremidades), artrogoniometría (activa y pasiva), artroscopia, función articular, radiología (clásica, funcional, telerradiometría, radiografía ampliada, radiografía de contraste).

6. Examen de las funciones de coordinación de la unidad dinámica: en actitud estática, de la marcha, de la coordinación y de la sinergia del gesto.

En el capítulo de la Terapéutica se hace una breve reseña de los medios físicos empleados a través de la Historia, y a continuación se analiza la acción biológica de los medios físicos a la luz de los conocimientos actuales: hidroterapia, termoterapia, electroterapia (corriente galvánica, iontoforesis, electroestimulación, baja frecuencia, onda corta), ultrasonidos, luminoterapia (ultravioletas, infrarrojos, helioterapia), röntgenterapia, radiaciones gamma, quinesiterapia pasiva, masaje, quinesiterapia activa.

Seguidamente se hacen unos considerandos clínicoterapéuticos en los que se admiten los postulados siguientes:

1.º Supresión del dolor.

2.º Recuperación de la máxima movilidad articular.

3.º Consecución de una circulación aceptable.

4.º Recuperación de la máxima potencia del músculo.

5.º Terapéutica etiológica de las enfermedades sistemáticas evolutivas.

6.º Recuperación funcional de las sinergias de coordinación de la unidad dinámica (reeducación de la actitud estática, de la marcha, ergoterapia).

El apartado sobre readaptación profesional se orienta en los siguientes aspectos: incapacidad del gesto, incapacidad sensorial, desadaptación psíquica, fatigabilidad; y se describen las técnicas de readaptación profesional.

El trabajo termina con unos comentarios sobre sociología y la misión de la Cruz Roja Española en la rehabilitación, destacando por el lado de la significación política y económica de mejorar la salud y de dignificar al inválido; la rehabilitación puede proporcionar la comprensión entre las gentes, que es la base esencial de los esfuerzos del mundo hacia la paz.

La cuarta ponencia estudió la «*Transfusión sanguínea*», y fue confiada a los hematólogos doctores don Juan Picazo Guillén, don Julio Rivera Bandrés y don Emilio Romero Barrero, de la que hacemos el siguiente resumen:

Consta esta ponencia de cinco capítulos encabezados por un preámbulo en el que exponen los autores el alcance que han pretendido dar a su labor.

En el primer capítulo hacen un resumen de la grupotipología, considerando las diversas facetas de las aplicaciones de los aglutinógenos hemáticos, especialmente en la identificación del individuo y la exclusión de la paternidad, para terminar propugnando por que, una vez asesorado el legislador por el hematólogo y el forense, se dicten en nuestra Patria unas orientaciones que sirvan de pauta para dictaminar en los casos litigiosos que en estos asuntos puedan surgir.

Hacen un estudio, en el segundo capítulo, de los fundamentos de la inmunohematología, concretando el estado actual de estos problemas y pasando revista, acto seguido, a los inmunoanticuerpos antihematíe, antileucocito, y antiplaqueta.

El tercer capítulo está dedicado a los diversos aspectos de la estabilización y conservación de la sangre. Detallan en primer lugar las propiedades de este elemento y de los efectos que en ella produce su almacenamiento una vez extraída, para expresar cuáles son, a su juicio, los métodos mejores de estabilización y de conservación.

Hacen un estudio, seguidamente, de los derivados de la sangre, de la supervivencia de los mismos, según las diversas circunstancias y de las indicaciones de unos u otros, de acuerdo con las necesidades del receptor. Dedican una especial atención a la utilidad del plasma y sus fracciones, considerando las diversas hipoproteinemias y otros varios síndromes en los que puede estar indicado este remedio. Terminan este capítulo con el estudio de las diversas fracciones proteicas del plasma.

En la parte dedicada a plasma desecado, tras referirse a los antecedentes del método, enumeran sus ventajas, entre las que están la posibilidad de almacenamiento, la facilidad de transporte y la ausencia de peligro de reacciones post-transfusionales. Subrayan también que la liofilización no disminuye las propiedades beneficiosas del plasma, y consignan finalmente los fundamentos técnicos de la liofilización del plasma.

En el último capítulo refieren lo que podría ser la donación altruísta de sangre en la Cruz Roja Española, con el fin de poner a consideración las bases de un proyecto que se sometería a la aprobación de la superioridad.

La Cruz Roja haría una campaña para conseguir donantes de sangre entre la población civil española, que efectuaría sus donaciones con carácter gratuito para obtener unas reservas hemáticas, especialmente de plasma desecado, y poder acudir a remediar cualquier catástrofe de las que desgraciadamente surgen en los tiempos modernos.

Después de unas consideraciones generales, se detienen en la sistemática del examen del donante para determinar con seguridad que la extracción no le perjudique en absoluto y que la sangre extraída sea inocua y beneficiosa para el paciente que la ha de recibir.

A continuación revisan los diversos medios de propaganda, haciendo un estudio crítico en tal sentido, de la prensa, la radio, la televisión, el cine, las exposiciones, los concursos y otros varios procedimientos para llevar al ánimo del público la necesidad de acudir en ayuda del prójimo enfermo. Se trazan después las líneas generales que podrían orientar una campaña de propaganda y se expone, por último, el esquema o proyecto de un servicio de transfusión en la Cruz Roja Española, que atendiera a la realización de esta campaña voluntaria de donación de sangre en la población civil española para establecer unas importantes reservas hemáticas.

Además de estas ponencias oficiales, sobre cuyos temas fueron presentadas numerosas y muy interesantes comunicaciones, se celebró, bajo la presidencia del doctor Blanco Soler, un coloquio sobre «Medicina y Cirugía de urgencia», en el que fueron presentados los siguientes estudios:

«Urgencias de cráneo», por el doctor don Emilio Ley Gracia.

«Urgencias de otorrinolaringología», por el doctor don Alfonso Vassallo de Mumbert.

«Urgencias de tórax», por el doctor don Eduardo Martínez Alonso.

«Urgencias de oftalmología», por el doctor don Carlos Costi García de Tuñón.

«Urgencias de abdomen», por el doctor don Joaquín Páez Ríos (Urología), doctor don Joaquín García Morán (Aparato digestivo), doctor don César Fernández Ruiz (Ginecología).

«Urgencias de miembros», por el doctor don Lorenzo García-Tornel y Carrós.

«Urgencias de corazón», por el doctor don Luis Trías de Bes.

«Urgencias infantiles», por el doctor don Carlos Sáinz de los Terreros.

Dr. JUAN FERNÁN PÉREZ

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 400 - TOMO LXVIII
JULIO 1959
SECCIÓN VARIA

ICONOGRAFIA DE LOS SANTOS MARTIRES COSME Y DAMIAN, PATRONOS DE LA CLASE MEDICO-FARMACEUTICA (*)

POR EL

DR. EMILIO JOSÉ ROSEL SÁEZ

ZARAGOZA

PERMITIDME, ante todo, comenzar mis palabras con la siguiente *Oración*:

En nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo. Amén.

Oh, Buen Dios, que nos habéis dispensado el gran favor de cubrirnos con las vestiduras del sacerdocio médico-farmacéutico y vivir bajo el patrocinio de los Santos Médicos, Mártires Anagyros Cosme y Damián: Concédenos, por la gloriosa intercesión de nuestros Santos Patronos, y a imitación de ellos, la suprema gracia de ser humildes y gratos a vuestra divina mirada en el ejercicio de nuestra profesión, y la de perseverar y crecer en la fe y en la piedad. También te pedimos, por tu gran misericordia y bondad, multipliques en nosotros el amor de la fraternidad, para que al ejemplo de nuestros Santos Patronos, gemelos en la fe y en la Medicina, podamos lograr la perfecta unión material y espiritual de la familia médico-farmacéutica aragonesa y gozar de Vos en vuestro divino amor, en la vida y después de la muerte.

Por los méritos de Nuestro Señor Jesucristo. Amén.

Si esta conferencia fuese patrocinada por una firma comercial y pronunciada delante de un micrófono radiofónico, seguramente, por ser de los tiempos y la fuerza de la costumbre, habría de dedicarla a mis familiares, que me estarían escuchando. Pero estoy ante vosotros, mis hermanos, y por ello es mi fraternal deber el hacer este

ENVÍO

A ti, mi compañero, amigo y hermano; a ti, médico; a ti, farmacéutico —caballero entre los españoles y español entre los caballeros— quiero dedicar estas mal pegeñadas palabras, y quiero hacerlo porque en el mejor de los libros, el de la Vida, aprendiste a bien leer, y porque cuando agotado por tu diaria y dura tarea profesional dejas los libros de estudio, esa Patología o esa Farmacopea que tanto amas, y para tu esparcimiento buscas un bien ganado recreo y reposo, es para inclinarte a la grata compañía de las Letras. Por ello, lógico, indefectible y humano es que te ofrezca las páginas abiertas de este libro oral que es una conferencia, de este libro de una rama paraprofesional tan ligada a tu sacerdocio.

Acepta, pues, mi compañero, amigo y hermano, mi tímida dedicatoria, ya que con ello me honrarás inmerecidamente.

(*) Conferencia en la Academia Deontológica de la Hermandad de Zaragoza, el 15 de marzo de 1959.

Los médicos y los farmacéuticos, en nuestro diario batallar con la muerte y el dolor, que son la vida y la verdad, canteras de grandes sorpresas, palestras donde actuamos en todo tiempo y lugar contra toda una serie de hechos y factores dolorosos, cuando no luctuosos, orlados las más de las veces de un livor humano y oscuro, nos hallamos en múltiples ocasiones ante casos a los que por su completa negación científica, solamente como posibles milagros puede nuestra razón calificar. Y mientras, agradecidos, el enfermo curado y sus familiares rezan al Santo de su devoción, los médicos y farmacéuticos españoles, que por españoles bien nacidos somos católicos, y por católicos buscamos a Dios en todas y a través de todas las cosas, y que sabemos de su omnipotencia porque las creencias religiosas que nos inculcó el apóstol mujer, la madre, viven robustas y fervientes en lo íntimo de nuestras almas, y porque sabemos que esta omnipotencia, su sabiduría, su providencia y su bondad infinita se reflejan hacia el mundo en las virtudes y milagros de sus Santos, vemos en estas curaciones la casi segura intervención milagrosa del Señor de cuerpos y almas, que, por verlo y entenderlo todo, no necesita intermediarios, pero que en su infinita bondad admite abogados mediadores y admite, por tanto, la intercesión de nuestros Santos Patronos San Cosme y San Damián, que, aureolados por la palma del martirio, constantemente están velando, sentados a su diestra, por nosotros y por toda la humanidad doliente.



Fig. 1.—LOS SANTOS MÉDICOS EN COLOQUIO. PORTADA DEL LIBRO. «APORTACIÓN DE LOS MÁS SELECTOS Y EXPERIMENTADOS REMEDIOS, SIMPLES Y COMPUESTOS, PARA LA CURACIÓN DE LAS ENFERMEDADES Y ACCIDENTES DE CIRUGÍA», POR EL LICENCIADO D. JUAN DE RODA Y BAYAS. POR LORENZO REVILLO, EN ZARAGOZA, 1730.

Pero los médicos y farmacéuticos, que hemos de desmenuzar en todo detalle, y en ocasiones con toda crueldad, y hasta el más íntimo, y a veces vergonzoso, de los rincones, un cuadro clínico, que nos preciamos de conocer, hasta donde pueda llegar el entendimiento humano, el factor personal que representan los enfermos (porque sabemos que no hay enfermedades sin enfermos), y que hemos de valorar en su más justa y ponderativa medida el efecto terapéutico de los fármacos; nosotros, que en la investigación somos los más rigurosos y exigentes, porque sabemos el valor inconmensurable que tienen los cuerpos que se confían a nuestras manos y remedios, por tanto, son portadores de eternos valores espirituales, muchas veces no lo somos tanto para con nuestros acercamientos a Dios a través de nuestros Santos Patronos, ignorando todo o casi todo de ellos, salvo su nombre y patronazgo, y no olvidemos que el desconocimiento está tan sólo a un paso —muy corto y fácil de dar— de la indiferencia, que como médicos y farmacéuticos católicos que somos nos sería imperdonable, y es que con Dios y sus manifestaciones no se puede cometer el pecado de la indiferencia.

Demasiadas veces hemos considerado el trabajo como la virtud más excelsa y perfecta, olvidándonos de que en las cofradías católicas antaño imperaba, y aún hogaño impera, este lema: «Labor prima pietas, auten suprema virtus». (El trabajo es la primera virtud; la piedad es, sin embargo, la más excelsa); y entendamos la palabra piedad en todo su amplio sentido, que el significado de las palabras no sólo lo dan el uso y la Real Academia de la Lengua, sino también el corazón, que siempre entiende la mejor de las gramáticas.



Fig. 2.—Grabado en madera que figura en la portada de la obra «Teórica y Práctica en Cirugía», de Juan de Vigo, médico del Papa Julio II, impresa en Perpignan en 1627, y que representa a los santos médicos Cosme y Damián en la cabecera del lecho de un enfermo

Por ello, agradeciendo el ofrecimiento que de esta tribuna me ha hecho la Hermandad Médico-Farmacéutica de San Cosme y San Damián de Zaragoza, quiero en esta breve charla, un poco deslabazada quizá, pero que es como una prolongación de nuestros fraternales coloquios de Hermandad, hablarte de la iconografía cosmedamiana, habiendo dejado para otra ocasión, por más conocida de ti, su biografía, milagros y distribución geográfica de sus reliquias, pidiendo a Dios que esta iconografía sea un medio más que te ayude, al mismo tiempo que me ayuda a mí, que tan necesitado estoy, a encontrar el suave y oloroso camino de la santidad y del más acendrado amor divino, entre los escollos y tinieblas que cercan a la virtud en la tierra, persuadidos de que así despertaremos del letargo a nuestros corazones, elvándolos cada vez más hacia Dios, bajo la protección de estos gloriosos Mártires Anagyres, protección que tú mismo buscaste al crear la Hermandad de San Cosme y San Damián, esta Hermandad pontificia, piadosa y venerable, patinada por la antigüedad y las virtudes de sus Hermanos, que si no desdeña el recorrer los más perdidos y escondidos vericuetos de la geografía española (bien reciente está su excursión-peregrinación al Santuario de la Serranía de Guara), tampoco olvida que también desde los escaños de una Universidad se puede orar, al mismo tiempo que didácticamente se labora.

Y es necesario que te explique el por qué del tema.

El amor a los Santos Médicos es uno de los claros ejemplos de que la devoción se siente; no tienen palabras que claro lo expliquen lenguas humanas; no es veleidoso ni fútil capricho que el viento de los siglos arrastra. Es fe, fe que inflama con amor noble que hondo sus raíces arraiga. Es pasión, pasión de almas que el amor del Cielo consagra. Es vida, cuya vivicente savia pasa torrentosa del trance divino a la humana rama. Es orgullo, legítimo, fiero y sano (cual ibérico toro), digno orgullo de poder blasonar de tales Maestros. Es..., sencillamente, eso: devoción, pero devoción humilde, humilde y callada, que en su desprendido anargyrismo no pide premio; sólo ama, llora y reza. Pero también, y además, la devoción hacia los Santos Médicos, nuestros Patronos San Cosme y San Damián, es tradición, leyenda e historia, narrada por los buriles, pinceles y plumas del artista, que, movido de divina inspiración, con seguro trazo al género humano retrata, y de la que hoy te expongo unas cuantas muestras, para que tú y yo la podamos sentir y vivir.

I.—*San Cosme y San Damián, en coloquio.* (Fig. 1.)

Es ésta la proyección de un grabado, gentileza del doctor Castillo de Lucas, de Madrid (ese gran devoto e investigador de los Santos Médicos), que procede del libro «Recopilación de los más selectos y experimentados remedios, simples y compuestos, para la curación de las enfermedades y accidentes de Cirugía», del licenciado don Juan de Roda y Bayas, editado en Zaragoza por Lorenzo Revilla, en el año de gracia de 1730.

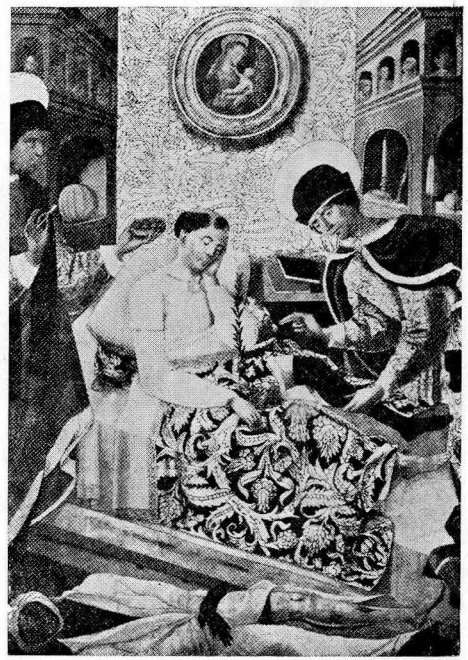


Fig. 3.—Tabla pintada por Rincón y existente en el Museo del Prado, representando una milagrosa curación de un amputado.

Siendo don Juan de Roda y Bayas uno de los médicos del Hospital de Nuestra Señora de Gracia, de Zaragoza, más afamado por sus conocimientos y amor al Hospital, que era por aquel entonces orgullo y modelo para similares instituciones europeas, es muy posible que quisiese representar a los «Santos Patronos de los médicos, cirujanos y baledores», por los que sentía especial devoción, en profesional coloquio ante el betamen de la Farmacia de dicho Hospital, la más importante y grandiosa de España en el siglo XVIII.

II.—*San Cosme y San Damián ante el lecho de un enfermo.* (Fig. 2.)

Bello grabado, de clásica estampa holandesa, lleno de errores anatómicos. Debió de ilustrar algún libro de la época.

En él, uno de los Santos lleva en la mano una redoma llena de líquido, probablemente orina, tema repetido frecuentemente por diversos artistas. Ello me lleva a citar las siguentes palabras del P. Interián de Ayala, sabio teólogo mercedario, que en su obra, págs. 404 y 405, dice: «Mas por lo que respecta a sus imágenes, justamente sería tenido por injuriador y traidor a la verdad, si no hiciese aquí mención de un absurdo que me recuerdo haber observado mucho cuando muchacho. Ví entonces, no en un solo lugar, las pinturas de estos insignes mártires del modo siguiente: tenían cubierta la cabeza con un pequeño sombrerillo, adornado con una borla de color oro o amarillo, y cubiertos sus hombros con aquel capucho que en

Castilla llamamos capirote, que era también de seda y amarillo, a la manera que en nuestras Universidades los doctores y catedráticos de Medicina llevan las insignias de doctor. No me paré en ello, porque si bien estas insignias de los doctores son mucho más modernas que la edad en que florecieron los ilustres mártires San Cosme y San Damián, sin embargo los pintores que no pasan por doctos ni eruditos no se embarazaron por eso, y fácilmente responderán que con este modo de pintar sólo pretenden significar que los Santos Cosme y Damián fueron médicos; en cuanto lo demás, no les toca a ellos. Pero no para aquí el absurdo, pues a uno de ellos le pintan llevando en la mano aquel instrumento que los boticarios llaman paleta, o, en una palabra más vulgar, espátula, en ademán de hacer una cataplasma para un enfermo. No quiero condenar esto, pues no es cosa indecente, y no ignoro que los antiguos médicos, aun en los tiempos heroicos, se dieron mucho más a la Cirugía que a la Medicina, que los profesores de esta Facultad llaman Racional. Pero, ¿quién podrá mirar con indiferencia que uno de ellos, aun en los mismos altares, le pinten llevando un orinal lleno de orina encendida, cual suele ser la de los calenturientos? Delirio de quien está soñando y absurdo intolerable. ¿Es posible que para significar a un Santo Mártir, excelente en la facultad de Medicina, se ha de pintar (aun en los mismos altares, como decía) una cosa que la gente de buena crianza y educación no se atreve a nombrar claramente en sus conversaciones?... Otro rumbo, pues, deberán tomar los pintores para significar que uno de estos Santos fué médico de profesión...», que me limito a reflejar.

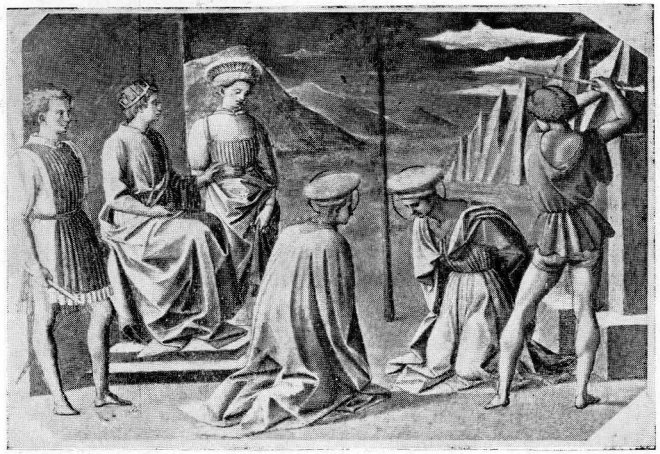


Fig. 4.—Martirio de los Santos. Tabla florentina, por Francisco Pesello, «El Pesellino» (1422-1457).

No quiero identificarme con esta opinión del P. Interián de Ayala. En una época como la actual, en que el castellano de Cervantes no emplea eufemismos ni disimulos, se encuentran cosas mucho más... raras (por llamarlas de algún modo)... en el folklore religioso.

III.—*El milagro de la trasplantación, de los Santos Cosme y Damián.* (Fig. 3.)

Corresponde a una tabla de 1'88 por 1'55, del pintor alcarreño Fernando del Rincón de Figueroa, pintada a fines del siglo XV.

Los Santos Médicos cambian a un paciente la pierna dañada por la del cadáver de un negro (obsérvese que mientras que otros artistas pintan vivo al negro, Rincón de Figueroa lo pinta muerto). A la derecha, un hombre que expulsa por la boca una serpiente que se había tragado estando dormido, símbolo de la exorcización.

Este es el más conocido de los milagros de nuestros Santos Patronos, y ha sido repetidamente interpretado por numerosos artistas; en este cuadro, la operación ha sido ya realizada y el paciente, semisentado, con la ayuda de unos almohadones, está plácidamente adormilado, con la mejilla apoyada en la mano izquierda, mientras que en la derecha, caída sobre la rica colcha, tiene una rama florecida. Uno de los Santos examina el resultado de la heteroplastia, en tanto que el otro parece que acaba de aplicar un bálsamo, tomado de la vasija que sostiene con la mano izquierda. Una fina imagen de la Virgen con el Niño ha presidido el milagro, que, asombrados, contemplan desde dos galerías laterales una serie de médicos o filósofos. En otros cuadros del mismo asunto, la pierna ulcerada y amputada está tirada sin importancia en el suelo, pero Fernando del Rincón no se conforma, y la pierna enferma del blanco está también perfectamente adaptada al cadáver del negro. El marco, que no se aprecia en esta fotografía, es de estilo barroco, de un siglo o siglo y pico más moderno que la obra que encuadra. Puede afirmarse que Rincón de Figueroa no pintó esta tabla por iniciativa propia, sino por encargo, según acontecía entonces con los cuadros de asunto religioso, y especialmente los que tienen un tema tan particularísimo como éste; también es casi seguro que formó parte de un políptico, o retablo con múltiples pinturas, sobre tabla, quizá todas referentes a la vida y milagros de los Santos Anargyres. Es probable que estuviese primitivamente en la Iglesia de Albalate de Zorita y de allí pasase a la Iglesia del Convento de San Francisco, llamado el Fuerte, de Guadalajara, de donde lo sacó en 1932 el Teniente Coronel Jefe de la Maestranza de Ingenieros y se lo regaló al nefasto Manuel Azaña, quien en 1933 lo depositó en el Museo del Prado.



Fig. 5.—Tabla de los Santos, por Lorenzo de Ricci (1350-1427), existente en la Catedral de Florencia.

IV.—*Martirio de los Santos Cosme y Damián.* (Fig. 4.)

Excepcional obra de Francisco Pesello, llamado el Pesellino, que nació en 1422 y murió en el 1457; obra, pues, de la primera mitad del siglo XV. Verdadero intérprete artístico de la devoción cosmedamiana, fué uno de los más apasionados

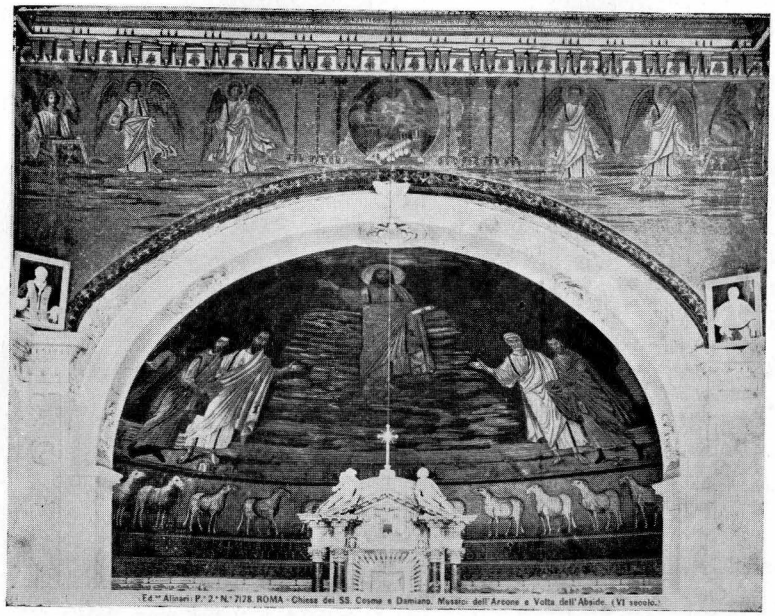


Fig. 6.—Mosaicos del arco y bóveda del ábside de la iglesia de San Cosme y San Damián, en Roma (siglo VI).

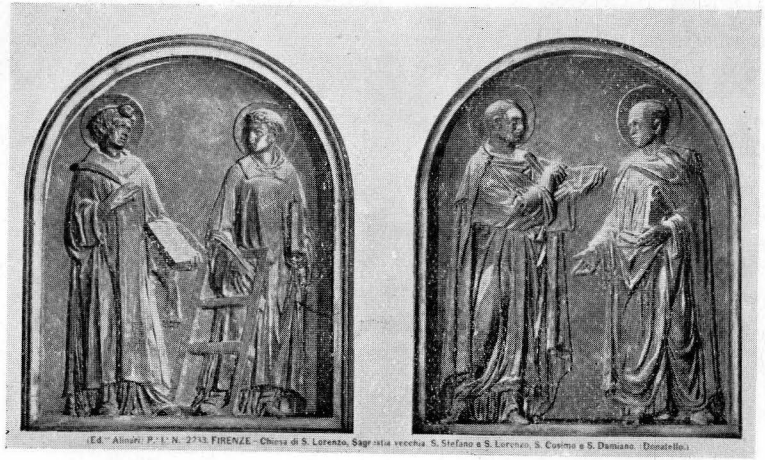


Fig. 7.—Terracotas florentinas, por Donatello (1386-1456), que se conservan en la iglesia de San Lorenzo. La de la derecha representa una consulta de los santos médicos. Pureza de detalles. Armonía de conjunto. Encanto anímico.

discípulos seguidores de la obra del Beato Angélico. Como elegido de los dioses, tuvo una corta vida, pero muy fecunda en inspiraciones, habiendo plasmado a lo largo de ella y con sus pinceles numerosas y hermosas obras para la posteridad. En la que nos ocupa, vemos a los dos Santos arrodillados ante Lisias, pero no doblegados, el que parece coronado en su función de protocónsul y sentado entre dos de sus oficiales, uno de los cuales lleva en la mano derecha el símbolo de la justicia, mientras apoya la otra en la empuñadura de una espada, lo que lleva a indicar que fueron torturados y martirizados porque con sus curaciones milagrosas y sus conversiones atacaban, en su paganismo, la seguridad de la poderosa Roma. Ambos mártires visten la toga de los médicos de la época.



Fig. 8. — Esculturas del siglo XVI, representando a San Cosme y San Damián, que se conservan en el Museo Arqueológico de Madrid.

Este cuadro procede de una de las más grandes composiciones de Filipo Lippi, en la antigua Capilla del Noviciado de la Santa Cruz, y hoy se halla en la Galería Antigua y Moderna de la Academia de Bellas Artes de Florencia.

Es grande el parecido y escuela de este cuadro con los del Beato Angélico, tan grande que todos los críticos artísticos la señalan, para hacernos ver que todo artista creador de iconografía cosmedamianana no debe perder jamás de vista las obras de Juan de Fiésole.

Esta reproducción es una fotografía del Instituto di Edizioni Artistiche Alinari, de Florencia (Italia), que tiene en su catálogo más de cuarenta reproducciones de los Santos Cosme y Damián.

V.—*Los Santos Cosme y Damián.* (Fig. 5.)

Se trata de un retablo entero dedicado a nuestros Santos Patronos, que se encuentra en la Galería de los Oficios, de Florencia.

De una antigüedada datada en los últimos años del siglo XIV, ya que su autor, Lorenzo de Ricci, lo pintó en la primera mitad de su vida. De escuela florentina, discípulo predilecto de Spinelli, «el Antiguo», dejó numerosas muestras de su inspiración en Florencia y también en Arezo. Su obra es fecundísima. El Abate Lanzi le incluye en su obra «Historia de la Pintura en Italia» como uno de los seguidores de Angel de Bendone, «el Giotto».



Fig. 9.—Relieve castellano representando a los santos Cosme y Damián. Siglo XV. Conservado en Barcelona.

El retablo que analizamos tiene como asunto principal a los dos mártires Anargyres, vestidos con túnica y manto ambos, el uno, túnica verde y manto rojo, y el otro, túnica gris y manto rosa; en sus manos tienen ambos unas cajas de medicamentos y unas pinzas muy semejantes a las pinzas de disección actuales, siendo ésta seguramente una de las más antiguas representaciones pictóricas de este tipo de instrumental médico-quirúrgico. Bajo este fondo hay una predela dividida en dos partes; la de la izquierda representa el milagro de la trasplantación, y la de la derecha la decapitación de los Santos Mártires. En la primera está el paciente en una habitación, mientras que el cadáver del negro de quien se ha utilizado la pierna está tirado en el campo.

Preside este retablo, desde un tímpano, una imagen de Dios, bendiciente.

Este retablo fué ejecutado para la Catedral de Florencia y colocado en la misma, según consta documentalmente, en el año 1429. Su localización en la Galería de los Oficios data de 1844.

Al igual que la anterior, es una foto «Alinari».

VI.—*Mosaico del arco triunfal y de la bóveda del ábside de la Basílica de San Cosme y San Damián, de Roma (Italia).* (Fig. 6.)

Esta Basílica fué erigida en honor de los Santos Cosme y Damián, bajo el pontificado de Félix IV, o séase, entre los años 526 y 530, y restaurada por Urbano VIII, en el 1629.

Se trata, quizá, del monumento más completo y más bello dedicado a nuestros Santos Patronos.

Sobre el altar, de finísimo mármol transparente, se halla el ábside, coronado por un arco triunfal, dos joyas de mosaico difícilmente igualables. En medio del arco triunfal, está el Cordero Divino, echado sobre un altar de cuatro pilares, bajo la Cruz, y al pie un libro. En las obras de estrechamiento del arco ha perdido el mosaico los símbolos de los dos Evangelistas, unas figuras con blancas vestiduras de las que no queda más que los brazos, que tienen una corona en la mano. Sin duda debieron ser los ancianos del Apocalipsis, como puede verse en la imitación, que es el mosaico de Santa Práxedes, del siglo IX, obra más bizantinizada.

En el centro del ábside, de gran tamaño, destaca la figura del Redentor, flotando en el aire, entre blancas nubecillas de la puesta del sol; la túnica y el manto son dorados; tiene un rollo de pergamino en la mano izquierda, y la derecha está en alto, en actitud de predicador. Tiene en un plano ligeramente inferior a la derecha, a San Cosme y al Papa Félix IV, éste último con un modelo de iglesia en la mano (probablemente el de esta Basílica que mandó erigir), y a su izquierda a San Damián y San Teodoro, éste en actitud de ofrendar una corona; son presentados los cuatro Santos por los Apóstoles, Patronos de Roma, San Pedro, éstos, y San Pablo, aquéllos. El río Jordán, sagrado por el bautismo de Jesús, corre a los pies de todos estos santos personajes.

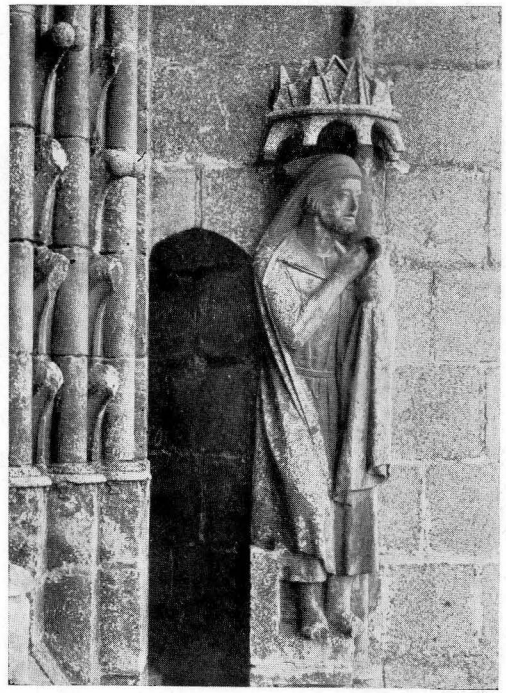


Fig. 10.—Detalle de la Catedral de Burgos, talla en piedra, por Torres, representando al santo mártir.

Abajo, en el centro, tapado en la fotografía por la parte superior del altar, se admira el Cordero Divino del Apocalipsis, debajo del cual manan los cuatro ríos del Paraíso terrestre: Geón, Laysen, Tigris y Eúfrates. Seis corderos a cada lado de él simbolizan a los doce Apóstoles.

De esta composición dice el eminente historiador y crítico alemán Woermann: «Las figuras de este cuadro, concebidas en grande y ejecutadas en gran tamaño, muestran ya, en el plegado de sus paños, a pesar del estilo clásico de las ricas vestiduras de los Apóstoles, una actitud que no es propia del estilo clásico; y, desde el punto de vista espiritual, culmina en este cuadro la rama ascendente de la evolución del mosaico, que en su género abrió nuevos derroteros al Arte, llegando a concretar aquí en una doble expresión la representación figurada, hasta entonces vacilante, del Salvador, siendo esto causa del aplauso con que fué acogido y de las imitaciones de que fué objeto este mosaico.»

Efectivamente, de principios del siglo VI, este ábside es quizá la obra artística que primero representa al Salvador como Hombre y como Cordero. Obra

también, dentro de su magnificencia, de una ruda y terrible visión del ascetismo; se echan de ver en ella las primeras influencias del realismo septentrional en la tradición romana. Es también una fotografía «Alinari».

VII.—*San Esteban y San Lorenzo; San Cosme y San Damián.* (Fig. 7.)

En la Iglesia de San Lorenzo, de Florencia, colocadas en unas urnas sobre las puertas de la sacristía, encontramos estas terracotas del gran escultor florentino Donatello (nació en 1386 y murió en 1466).

Con una sencillez de estilo tal que sólo el genio sabe hacer inmortal, con una pureza de detalles inimitable, una sin par armonía de conjuntos y un enorme encanto anímico, estas terracotas nos presentan dos escenas diferentes. En la de la derecha, San Cosme y San Damián parecen celebrar una consulta; en la siniestra, San Lorenzo y San Esteban. Es éste el único caso de coexistencia artística de nuestros Santos Patronos con San Lorenzo que yo conozca, aparte del mismo caso que se da en Huesca. San Esteban tiene una piedra en la cabeza, al igual que en el cuadro de Luis de Morales, el «Divino», que se conserva en el Museo del Prado; y San Lorenzo lleva una parrilla de simples líneas, en la que los devotos oscenses de San Lorenzo encontrarán un tipo más de parrilla a añadir a la rica colección de «parrillas de San Lorenzo» que ha creado la inspiración artística.

Es, asimismo, una foto «Alinari».



Fig. 11. — MILAGRO DE LOS SANTOS COSME Y DAMIÁN. LIENZO EXISTENTE EN BARCELONA.



Fig. 12. — IMÁGENES DE LOS SANTOS PATRONOS, DE COMIENZOS DEL XIX, QUE SE VENERAN EN PEÑAFLOR DE GÁLLEGO (ZARAGOZA)

VIII.—*San Cosme. San Damián.* (Fig. 8.)

Son dos bellas fotografías, procedentes del Archivo de Ampliaciones y Reproducciones «Más», que nos presentan dos magníficas esculturas de los Santos Mártires que, procedentes de Barcelona, se encuentran en el Museo Arqueológico de Madrid. Los críticos no se identifican sobre su antigüedad; unos la situan en el siglo XVI, aunque la mayoría opina fueran del siglo XIV.

De ambiente arcaico, de una muy sencilla belleza, seguramente fueron talladas por algún monje devoto de ellos, aunque no falta quien las supone obra de manos femeninas de la Orden de San Juan, del Monasterio de Sigena. El uno tiene amputada la mano derecha, y el otro, rotos algunos dedos de la misma mano.

IX.—El milagro de la trasplantación. (Fig. 9.)

Bajorrelieve en madera, de escuela castellana, fechado en el siglo XV, se halla en Barcelona, ignorándose su procedencia.

De una gran sencillez y un complejo error anatómico, su belleza impone y sobrecoge al espectador. Guarda mucha semejanza con las esculturas hechas por simples ermitaños, sin ninguna clase de pretensiones artísticas, en algunos pueblos de Castilla, principalmente con los «judíos» de Mondéjar, de Guadalajara. Es una de las pocas obras de esta iconografía en que los dos Santos intervienen conjunta y manualmente, como un equipo quirúrgico de la época moderna, en la trasplantación.

Verdadera joya, piedra preciosa del tesoro iconográfico cosmedamiano, tosca y ruda, pudiera decirse que hasta brutal, posee un algo indefinible que se escapa a nuestra intuición, pero que la hace digna de destacarse por hábiles lapidarios.



Fig. 13.—SAN COSME Y SAN DAMIÁN, DECAPITADOS. TABLA CATALANA DE LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIV. MUSEO EPISCOPAL DE VICH (BARCELONA).

X.—¿San Cosme o San Damián? (Fig. 10.)

Más seguramente, San Cosme, por la redoma que porta en sus manos, admirámosle en la hermosa joya arquitectónica que es la Catedral de Burgos, cuya primera piedra fue puesta en 1211, y a donde nos lleva de la mano esta estupenda fotografía de «Archivos y Ampliaciones Artísticas Más».

Allí, en una de sus torres, alienta esta maravilla, donde la piedra se hace túnica y carne, carne pétrea que, sin embargo, vibra, y pétrea túnica que arropa en sus pliegues al santo mártir como protegiéndole de la inclemencia del tiempo. ¿Qué quiso simbolizar el escultor? Yo quisiera que, ante esta maravillosa escultura que hace doblegarse el corazón, el interrogante quede en la sombra, precisamente para no encadenar la imaginación con las cadenas de las hipótesis. Lo hermoso es ver y soñar, de tal modo que quede siempre un secreto tras la mirada de este santo, ante el que devotamente nos inclinamos.

XI.—Milagro de los Santos Médicos. (Fig. 11.)

Se encuentra en el comercio (Barcelona, Maragall) y es quizá, en su humanidad, la más viva de las interpretaciones del milagro de la trasplantación. Solamente la cara del paciente merece ya de por sí sola el que esta obra, de autor desconocido, figure en la selección de la antología iconográfica cosmedamianiana; el dolor que refleja es vivido; el cuello vibra y late en la inspiración Por fuerza, el artista creador ha tenido que vivir la enfermedad y el dolor.

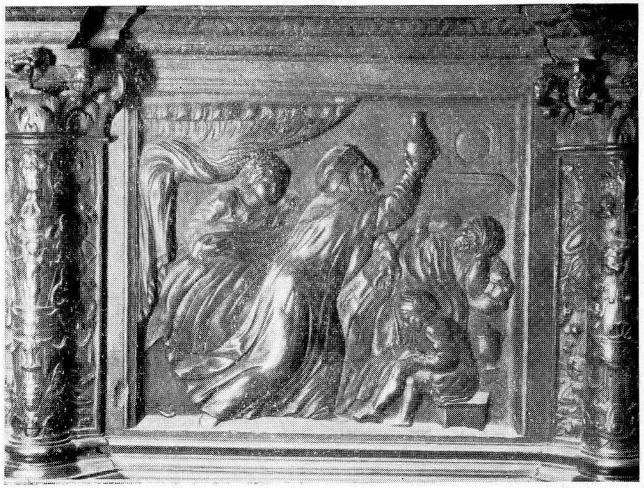


Fig. 14.—Detalle del coro de la Catedral de Avila, obra de J. Rodríguez y L. de Giralda. Lo terminó N. Cornelius, de Holanda (1544).

Este lienzo, magníficamente reproducido por «Ampliaciones Artísticas Más», lleva al espectador a situarse espiritualmente en la habitación del enfermo e instintivamente la mano del paciente nos incita a cogerla entre las nuestras para consolarle en su trance doloroso.

XII.—Los Santos Patronos. (Fig. 12.)

Nombrados Patronos de Peñaflor de Gállego, de la provincia de Zaragoza, en voto hecho por toda la población, con motivo de una epidemia a principios del siglo XIX, en su iglesia parroquial se veneran estas bellas imágenes, de desconocido autor. Tienen tal original sencillez y belleza, que, unido a su pequeño tamaño, nos mueve a compararlos con las figuras de un «Nacimiento» hogareño. Espléndidas de factura, son una de las variantes artísticas menos frecuentes en la iconografía religiosa. Están muy bien conservados y se sacan procesionalmente.

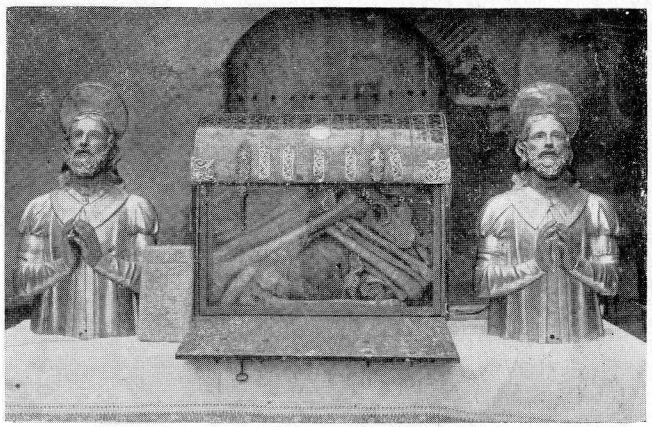


Fig. 15.—Urna conteniendo reliquias, y a cada lado, los bustos de los Santos Médicos.

De ellas puede decirse, con Lange, que su belleza reside principalmente en la expresión psíquica que las anima, y de manera secundaria en su configuración artística. Hay que ver, sentir y hasta «oír» estas imágenes con todas las facultades psíquicas y anímicas para iniciar y enjuiciar el gran misterio de su comprensión.

Pueden ser fechadas en el siglo XVII, lo que indica que anteriormente a su ubicación en Peñaflor de Gállego estuvieron en algún otro lugar que no hemos podido identificar.

XIII.—Martirio de los Santos Cosme y Damián. (Fig. 13.)

Corresponde a un detalle de una predela de la segunda mitad del siglo XIV, de escuela catalana, que se conserva en el Museo Episcopal de Vich (Barcelona), de donde la ha reproducido magistralmente «Archivo Más».

Algo deteriorada por el tiempo, es de una belleza sin par, y de ella puede opinarse, con M. D. O., que la belleza es la única cosa a la que el tiempo no puede ocasionar daño alguno, ya que lo realmente bello es eterno. La estética de esta predela es de un estilo marcadamente impresionista, resaltando la simbólica transición al Cielo de las almas de los mártires decapitados. Genuinamente infantil, esta interpretación suscita una inmediata comunicación y mismo sentir entre el artista creador y el devoto contemplador.



Fig. 16.—Estampa representando a los Santos Médicos y el cofre en que se veneran sus reliquias en la villa de Ocón (Logroño)

XIV.—San Cosme. (Fig. 14.)

La devoción hacia los Santos Médicos fue enorme en los siglos XIV al XVI; pintores y escultores, como hemos visto, plasmaron su devoción en inmortales obras, y ahora sumamos a esta exposición la fotografía de esta talla en madera que encontramos en la Catedral de Avila, obra de J. Rodríguez y L. de Giralda, botón de muestra de una serie de inigualables tallas sobre el mismo tema iconográfico que ornan la sillería del coro de dicha Catedral. Obra primorosa en el detalle, larga en su ejecución, no pudieron acabarla los artífices mencionados y la acabó la fina gubia del tallista N. Cornelius, de Holanda, en el año 1544.

Con vida propia y unos realces tan movidos que se les ve salirse del relieve y de la madera para adentrarse en la realidad dinámica del que los contempla, vemos a San Cosme tomando el pulso de un enfermo mientras examina su orina y dicta sus observaciones a un escribano, señal de la existencia de la historia clínica en aquellas épocas.

En ninguna otra faceta de las diversas tallas del sillerío se encuentran escenas de su martirio, sino que en todas ellas están representados exclusivamente como médicos, lo que hace suponer fueron encargados por la primitiva Cofradía Médica de San Cosme y San Damián de Avila.

XV.—Hagamos historia

De entre todos los conocimientos humanos, no hay otro que pida más universal estudio, sobre todo entre los médicos, que la Historia, ilustre huéspeda que va de camino, con sus mejores galas, vehiculada por la palabra y por las Letras, amén de las Bellas Artes.

No basta que el escritor e historiador, que quiere dar una historia de hechos pasados a los siglos venideros —aunque mis pretensiones sean bastante más modestas—, tenga un puro estilo y, debidamente animado, esté resuelto a decir la verdad y a ser sincero en todas las ocasiones. Necesita además grado de discreción para entresacar la verdad (esa flor con humildad de violeta y olor inconfundible) de entre el gran tropel de memorias que se le presentan, y darle una explicación, subjetivamente y objetivamente razonada, por cuyo motivo y ser solamente mi fin, mi querido amigo, compañero y hermano que me escuchas, el darte alguna noticia sobre estas reliquias que aquí ves proyectadas (Fig. 15), que por disposición divina se aparecieron en tierra hispana, concretamente en la villa de Ocón, de la provincia de Logroño, de la que desde entonces se constituyeron Patronos San Cosme y San Damián, te diré, copiándolo de un antiguo pergamino, cómo acaeció el milagroso hallazgo de las mismas en el año 1415.

Estando una cándida pastorcilla apacentando su ganado en lo más encumbrado del valle próximo al territorio de Ocón, oyó casualmente en el mismo arroyuelo de agua, que fluía de una fuente, unos cánticos tan dulces y armoniosos, que quedó sorprendida, y puesta en consideración a lo que oía, se llenó de un placer y gozo extraordinario, que, no pudiendo contener en sí, prorrumpió en altas voces a llamar a los vecinos de Ocón, quienes acudieron con presteza, oyendo la relación de la sincera pastorcilla; y siendo testigos prácticos de los dulces y sonoros cánticos, principiaron a quitar la maleza del territorio y a excavar en el mismo sitio donde se oían conciertos tan armoniosos, y en el instante se encontraron, ¡oh, Santo Dios!, una fábrica de piedra sillar, en forma de cueva estrecha como de tres cuartas escasas de anchura, nueve varas de larga y tres de alta, y en ella nacía una fuente, y sobre sus cristalinas aguas estaba, como seis dedos dentro de ellas, supernadando, un arca de nogal y roble (que también se proyecta para que la admires), sana y bien tratada, con las imágenes de San Cosme y San Damián de medio relieve, esculpidas en la tabla de la frontera, y el Niño Dios en medio. En la cubierta estaban pintadas, y aún permanecen, las efigies de San Juan Evangelista y San Bartolomé Apóstol, con la divisa antiquísima de la Orden de Nuestra España, con el título de Terrígena, que es una jarra con cinco azucenas. En la tabla de su espalda se registra un rótulo que dice: «Mater Dei», y dentro contenía el precioso relicario y la lápida que hoy vemos y registramos con nuestra propia mirada.

En aquella fecha, gozosos sobremanera los oconenses con tan rico hallazgo, edificaron sobre esta misma fuente, hoy llamada «Fuente de los Santos», una ermita, de la que actualmente sólo quedan ruinas, hallándose esta urna, con las reliquias mencionadas, en la capilla a ellos dedicada en la iglesia de San Miguel en el año 1570.

En el interior del arca hallada, junto con las reliquias, se encontraba, y aún hoy existe, una lápida, considerada como la «auténtica» de las reliquias, en la que se lee en letra romana cursiva mal formada, del siglo III en tiempo de Cristo, siendo cónsules Urso y Polemio, la traducción siguiente, hecha el 4 de septiembre de 1774 por el R. P. maestro cronista del Orden de San Benito, fray Domingo de Ibarreta, por orden de Su Majestad Carlos III:

«Crura Beati Bartolomei, Ossa Martirum Sanctorum Cosmae et eius Damiani, Genessii, Egisipi, Irenei Martiris, Nescia. Sanctorum Matheus, Hieremías. Era 7 ol. Jeannes, Raure.»

Traducción que coincide con la hecha por fray Martín Pérez de Guevara, de la Orden de San Francisco de la Regular Observancia, predicador de Carlos II el Hechizado, el 8 de junio de 1681, bajo juramento «in verbo sacerdotis», con ocasión de una exprofesa visita a Ocón de esta Majestad.

Y he dejado para la última la presentación de esta curiosa iconografía y relicario, porque voy a exponerte algo que por lo mucho que pueda encerrar me llena de confusión y que solamente los más sabios doctores de la Iglesia pudieran aclarar, sacándolo por primera vez a la luz pública, que se había oscurecido en el tiempo, y es llegado el encontrarla por caminos y sendas que Dios, con sus altos juicios, quizá tenga dispuestos.

«*Porque ésta es mi sangre del Nuevo Testamento, que será derramada por muchos para remisión de los pecados.*»

En el año 1761 se confeccionaron unas láminas de las estampas de los Santos, que costaron noventa reales, según está sentado en el libro de la Capilla de los Santos Mártires Cosme y Damián de esta villa de Ocón, en el que se asientan las cuentas que dan los mayordomos de dicha capilla, del citado año 1761. Se hicieron trescientas cincuenta estampas, a dieciséis reales el ciento. (Fig. 16).

Esta lámina se ha reproducido en el último número de la revista *Philos*, de la Federación de Hermandades de San Cosme y San Damián.

En su parte inferior leemos la siguientes inscripción: «V° R° del Arca en que se aparecieron las Reliquias de San Cosme y San Damián, patronos de esta noble Villa de Ocón; las de San Bartolomé Apóstol, y otros Santos, y *sangre de un crucifijo*, lo cual consta de un testimonio en piedra, era setecientos una, traducido del hebreo, caldeo, árabe y griego en latín.» En el pergamino, datado del siglo XV, que con el título de «Historia de Ocón y su Tierra» se conserva en el archivo de la iglesia parroquial de la mencionada localidad, leemos: «encontróse también en dicha arca, con las reliquias, un pomito muy pequeño con sangre de una imagen de Jesucristo, *o del mismo Jesucristo* (subrayado en el original), pues tiene un rótulo que dice: *Sanguis Cristi* (también subrayado en el pergamino), muy semejante a los que María Santísima dio a los Apóstoles al partirse por el Mundo a predicar la Fe de Cristo».

Se refiere a lo que dice Simón de Metafraste que salió agua y sangre de la preciosa llaga del costado de Jesucristo y que la Virgen María la recogió.

En una época en que el hombre, a fuer de progreso, se empequeñece cada vez más ante la inmensidad del Universo, lógico es que me considere la última de las hormigas en el terreno de la investigación, y por ello no puedo ni quiero llegar al orgullo de opinar sobre tan importante cuestión; tan importante, que sólo con los ojos de la fe y la gracia del Espíritu Santo pudiera quizá dilucidarse. Yo me limito a señalarte lo que con el mayor arrobamiento han contemplado mis sentidos corporales, incapaces en su insignificancia de mensurar su alcance.

De las varias traducciones existentes de dicha piedra, testimonio del contenido del arca en que se aparecieron las sagradas reliquias, y de las que en esta misma charla te he ofrecido dos, no he hallado ninguna referencia; referencia que sólo encuentro en los dos documentos que cito, uno de carácter historiador y escrita por un religioso, y el otro gráfico y avalado por las indulgencias concedidas por

los ilustrísimos señores don Manuel de Samaniego y Jaca y don José del Espejo y Cisneros, obispo de Calahorra y Lacalzada en el año 1743.

Hoy día el referido pomito existe y se conserva en muy buen estado, pero no lleva el rótulo que dice: «Sanguis Cristi», que está caído en el fondo del arca, y sí en su interior se aprecia una sustancia de color y de aspecto de sangre viejísima coagulada, en una cantidad pequeñísima, que no alcanza al gramo, y a la que por miedo a la profanación y por no estar debidamente autorizado no he tocado.

Se observa la antigüedad del pomito, del tamaño del esenciero de bolso de la mujer moderna, y de una construcción muy rústica y rudimentaria.

Es de señalar la coincidencia de que aparezca junto a las reliquias de dos Apóstoles.

¿Sangre de Jesucristo? ¿Sangre de un crucifijo?

El camino está abierto para estudiar un hallazgo que creo sinceramente puede ser uno de los más importantes en el orbe católico desde que Dios puso en las venas de nuestro primer padre un precioso líquido universal, torrente impetuoso de vida, con el que igualó a todos los mortales haciéndolos hermanos.

Dirección: Prolongación Lugo, 168. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 401 - TOMO LXVIII
AGOSTO 1959

APORTACIONES A LA BIOQUIMICA DE LOS BARBITURICOS

I. — TÉCNICAS PARA LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA DE LOS BARBITÚRICOS EN LOS MEDIOS BIOLÓGICOS

POR EL

DR. VICENTE PEG JUARRERO

ZARAGORA

La determinación de los barbitúricos en los medios orgánicos ha sido un campo en donde han trabajado tanto los toxicólogos como los farmacólogos. Sin embargo, de métodos exactos y sensibles para ello, no se disponen sino desde hace algunos años, principalmente desde que ELVIDGE (1940) y STUCKEY (1941-1942), estudiaron los espectros ultravioletas de estas sustancias y comprobaron que tienen un máximo de 220 milimicras en medio ácido y 255 en medio alcalino. Sus homólogos, los ácidos tiobarbitúricos, se caracterizaban por un máximo de absorción de 290 milimicras en medio ácido y a 305 en medio alcalino. A estas longitudes de onda, la intensidad de absorción de la luz ultravioleta, por un extracto conveniente de un tejido, es índice de la presencia del barbitúrico en él, y proporcional al contenido en el mismo. Estos métodos se han hecho más fáciles y exactos con el desarrollo de los modernos espectómetros, y entre ellos podemos citar el de HELLMAN y colaboradores (1943), para la determinación de la tiopentona, que fué modificado posteriormente por JAILER y GOLDBAUM (1946). Igual fundamento tienen los métodos posteriormente aparecidos de WALKER y colaboradores (1948) y de GOLDBAUM (1948).

Estos métodos son, indudablemente, mucho más sensibles que aquellos que están basados en la formación de complejos metálicos, pero tienen el inconveniente, sobre todo cuando se trata de determinar los barbitúricos en los medios biológicos, de que no son específicos de ellos, sino que también dan los mismos espectros sus productos del metabolismo, siempre que conserven intacto su anillo fundamental. De aquí la necesidad de separar los barbitúricos de sus metabolitos antes de practicar el análisis cuantitativo. Esto puede conseguirse extrayendo con distintos solventes, como lo han hecho BRODIE y colaboradores (1950), y más recientemente por la cromatografía en columna, bien de alúmina, como lo hace RAVENTOS (1946), o bien de sílice, como BUSH y colaboradores (1953).

Otro problema que se plantea es el de presentación de cada barbitúrico; esto puede hacerse por métodos físicos, como son: determinando su punto de fusión

(BRANSTÄATTER, 1951), temperatura de sublimación (PAULUS, 1951), tipo de cristalización (TURFITT, 1948), imagen a rayos X o, como lo hace LILLIMANN (1950), obteniendo sus derivados p-nitrobencilados.

Todos los métodos antes descritos tienen grandes inconvenientes, derivados, por un lado, de que la mayor parte de ellos requieren grandes cantidades del producto, y, por otro, por ser extraordinariamente caros y complicados.

Ha sido la introducción en bioquímica de la cromatografía sobre papel lo que ha proporcionado en éste, como en otros muchos campos de la química, un método sencillo, sensible y barato que permite la separación, identificación e incluso determinación cuantitativa de los distintos barbitúricos, sobre todo cuando éstos se encuentran dentro de los líquidos orgánicos. En este sentido, debemos citar los trabajos de RAVENTOS (1954), de WICKSTON y SALVESEN (1951), de HUBNER y PFELL (1954), etc., que pueden considerarse como introductores de este método.

Por último, citaremos por su gran interés en el estudio del metabolismo de los barbitúricos, aquellos métodos en que se combina la cromatografía con el uso de barbitúricos conteniendo átomos marcados, como son los trabajos de TITUS y WEISS (1953), que utilizan pentobarbital que contiene 14c en su molécula, y que después de hacer cromatografía de las orinas de sujetos que han recibidos este producto, separan hasta cinco derivados metabólicos de la misma, identificables por contener dicho isótopo radioactivo.

Dada la finalidad de nuestros trabajos, nosotros nos enfrentábamos con la búsqueda de métodos que, dentro de nuestras posibilidades, satisfacieran las tres finalidades siguientes: separación de los barbituratos de los medios en que se encuentran en el organismo animal, teniendo en cuenta que por tratarse de líquido céfalorraquídeo las cantidades de que dispondríamos serían mínimas. Una vez separados, debíamos identificarlos y completar éste con su determinación cuantitativa.

La separación de los barbituratos del medio en que se encuentran, y de ellos entre sí, puede resolverse perfectamente mediante una adecuada técnica de cromatografía sobre papel.

La identificación de los diversos barbituratos puede hacerse, como luego veremos, por la misma técnica cromatográfica, y en determinados casos por microcristalización.

La determinación cuantitativa nos ha obligado a recurrir a reacciones de coloración y utilización subsiguiente de la espectrofotometría.

CROMATOGRAFÍA SOBRE PAPEL DE LOS BARBITÚRICOS

Separación e identificación de los mismos.—De las diversas técnicas cromatográficas, ascendente, descendente, circular, etc., hemos utilizado la ascendente. Esto lo hemos hecho porque, por un lado, nuestra experiencia en el campo de la cromatografía de aminoácidos, azúcares y oligoelementos, nos ha permitido comprobar que supera a la descendente o la circular. Por otro lado, esto coincide con la mayor parte de los clínicos químicos, DENT, AWAPARA (1956), DICKEL y SOUCHON (1955), SCHONENDERG (1956), etc., que en sus trabajos han abandonado la cromatografía descendente. Dentro de este tipo de cromatografía, hemos utilizado la monodimensional, por ser suficientemente exacta y porque, además, las necesidades experimentales (comparación simultánea de varios cromatogramas) así lo requerían.

MATERIAL

Además del habitual en todo laboratorio, es necesario el siguiente material:

1.° *Cámara cromatográfica.*—Hemos utilizado, en general, o bien campanas de cristal colocadas sobre placas de vidrio y cuyo cierre aseguraban mediante grasa, o bien jarros anatómicos de tamaño adecuado.

2.° *Pipetas para cromatografía.*—Mejor resultado que las suministradas por las casas con esta denominación, nos la han dado pipetas para hemoglobinómetro, de 20 milimicras, procurando que fueran de punta afilada.

3.° *Secador de aire caliente.*—Hemos utilizado uno para cabello, que permitía graduar la temperatura del aire expulsado.

4.° *Pulverizador.*—Con los reveladores hemos utilizado pulverizadores, todos en vidrio, de la Casa Joan.

5.° *Horno seco.*

6.° *Papel especial para cromatografía.*—Hemos empleado, en general, el Whatman número 1, cortado en rectángulos del tamaño adecuado a la experiencia. También hemos utilizado con iguales resultados el Schleicher-Schüll, números 2043 a y 2043 b.

REACTIVOS

1.° *Soluciones de barbituratos.*—Estas eran acuosas cuando se trataba de sus sales sódicas, y en acetona o cloroformo cuando se trataba de los ácidos.

2.° *Solventes.*—Uno de los escollos más importantes con los que se tropieza al intentar separar cromatográficamente, por cualquiera de los procedimientos conocidos, una mezcla de ácidos orgánicos o sus sales, es la de que estos cuerpos se encuentran diversamente ionizados en cada una de las dos fases en presencia fuertemente, con predominio de los aniones en la fase polar, y débilmente con predominio de las moléculas enteras, en la fase no polar. Consecuencia de esto, es que cuando la fase polar es la fija, como ocurre en la cromatografía ordinaria, los solutos no se distribuyen en el cromatograma de manera compacta formando manchas netas, sino que dan lugar, al ser revelados, a la aparición de las llamadas «colas».

Aunque fué LESTER SMITH (1942) el primero que se ocupó de esto, no propuso ninguna solución. Posteriormente, el problema ha interesado a buen número de investigadores, que proponen diferentes soluciones. Así, por ejemplo, ISHERWOOD (1946), suprime la ionización acidificando fuertemente el solvente con un ácido mineral. LUGG y OVERELL (1947), saturan ambas fases con un ácido volátil. SCARISBRICK y colaboradores (1948), emplean columnas cromatográficas en las que la fase polar está fuertemente tamponada; este método tiene el inconveniente de que algunos ácidos dan un Rf muy alto (se sitúa casi en el frente).

De la lectura de sus trabajos se deduce que si el pH de la fase estacionaria se mantiene en un valor constante y tal, que la mayor parte del ácido esté en forma de anión y poca en forma de molécula entera, la magnitud de los coeficientes de partición del soluto entre ambas fases proporciona una excelente resolución del cromatograma.

Nosotros hemos tropezado con estos inconvenientes al pretender aplicar a la cromatografía de barbitúricos, solventes, que como el fenol tamponado, según KIRBY —el butanol, ácido acético, agua; el butanol, ácido fórmico, agua, etc.—, nos habían dado magníficos resultados al hacer la separación cromatográfica de aminoácidos y azúcar.

Con estos solventes, las separaciones eran defectuosas y las «colas» muy frecuentes. Este mismo hecho ya lo habíamos observado cuando con PARELLADA (1957) trabajamos en la cromatografía de oligoelementos, pero así como en este caso se resolvió satisfactoriamente, la dificultad con el empleo de soluciones fuertemente acidificadas, en el caso de los barbituratos, preferimos seguir las indicaciones de RAVENTOS y WICKSTROM, empleando solventes alcalinizados con amoníaco a distintas concentraciones.

Antes de elegir uno definitivamente, hemos ensayado en estas series de experiencias los solventes que a continuación describimos.

Solvente núm. 1. — n-Butanol-amoníaco 5N. Se mezclan en un embudo separador 25 miligramos de n-Butanol y 9 miligramos de hodróxido amónico 5N. Se agita durante un minuto y se deja en reposo toda la noche. Al día siguiente se separa la capa inferior acuosa (que puede servir para saturar la cámara cromatográfica) y con la parte superior se practica la cromatografía.

Solvente núm. 2. — Es una variante del anterior, pero el hidróxido amónico utilizado es 1,3N.

Solvente núm. 3. — Butanol-alcohol metílico-agua. Se mezcla en un embudo separador 27 miligramos de n-Butanol y 3 miligramos de alcohol metílico y 50 miligramos de agua. Se agita y se deja separar la fase acuosa inferior, que se elimina. Este solvente, recomendado por BARILARI (1955), da buenas separaciones, pero resulta bastante caro por el empleo de alcohol metílico.

Solvente núm. 4. — Tolueno-agua-ácido acético. Se mezclan 100 partes de tolueno con 40 de ácido acético y 50 de agua. Se agita y se deja sedimentar. Se utiliza la capa superior. Este solvente, recomendado por WICKSTROM y SALVESEN, no nos ha dado tan buenos resultados como los anteriores; por un lado, son más frecuentes las «colas»; por otro, el desarrollo del cromatograma es excesivamente rápido para nuestras posibilidades de trabajo.

Solvente núm. 5. — Cloroformo-amoníaco al 10 por ciento. Se agitan 100 partes de cloroformo con 50 de solución acuosa de amoníaco al 10 por ciento. Se deja sedimentar y se utiliza la parte inferior clorofórmica. Este solvente, recomendado por WICKSTROM y SALVESEN, no nos ha dado tan buenos resultados y lo hemos empleado poco.

Otros solventes, como los recomendados por RAVENTOS, a base de saturar con vapores de dietilamina, acetona o n-Butanol, no han compensado sus resultados a su costo y preparación, más complicada.

De todos estos solventes, vistos los resultados obtenidos, nos hemos inclinado por el número 1 en la mayor parte de los casos, y en alguno particular por el número 2. La presencia de amoníaco hemos podido comprobar que es eficaz en la prevención de «colas», y en esto coincidimos con otros autores que también utilizan como fase móvil solventes amoniacales. Así, BROWN y HALL (1950), KENNEDY y BARKER (1951), HUBNER y PFELL (1954), ALGERI y WALKER (1952), etc.

REVELADORES

Hemos utilizado diversos reveladores, con objeto de poder seleccionar los más útiles para el fin que perseguimos. Como hemos hecho con los solventes, expondremos a continuación los principales, con sus características y los resultados obtenidos.

Nitrato de plata amoniacal. — Se parte de una solución de nitrato de plata al 1'7 por ciento y de otra de hidróxido amónico 5N que, un momento antes de usarlo, se mezclan a partes iguales. Una vez seco el cromatograma, se pulveriza esta mezcla

procurando se distribuya uniformemente y no quede en exceso; cuando todavía está húmedo se lleva a la estufa a 100°, vigilando hasta que aparezcan las manchas.

Las primeras que aparecen sobre un fondo sepia uniforme, son las de los oxibarbitúricos en blanco; algo más tarde, aparecen las de los tiobarbitúricos en forma de una porción central blanca rodeada de un halo verde oscuro. Este es el revelador que hemos utilizado de una manera general por su universalidad, por su constancia y por su sensibilidad (de 25 a 50 gammas, según el barbitúrico utilizado).

Permanganato potásico. — Con este revelador el papel se tiñe de púrpura, apareciendo manchas amarillentas en donde existen barbitúricos con grupos etilénicos.

Nosotros lo hemos utilizado en solución acuosa al 0'02N, como lo propone WICKSTROM, o con mejores resultados disuelto en acetona al 0'1 por ciento. Las manchas aparecen rápidamente, pero a los pocos minutos empiezan a desaparecer por extenderse a ellas la coloración púrpura.

Como hemos dicho, este reactivo es específico de los barbitúricos que contienen grupos etilénicos alil-fenil y alil-isopropil.

Es bastante sensible, puesto que detecta hasta 25 gammas de barbitúrico.

Sulfato de cobre - dietilamina. — Se parte de dos soluciones, una de dietilamina al 10 por ciento en metanol, y otra, que es una solución saturada en metanol, al 90 por ciento de sulfato de cobre anhidro. Este puede prepararse deshidratando por el calor el sulfato de cobre cristalizado. Inmediatamente antes del uso, se mezclan ambas soluciones a partes iguales y con ello se rocía el cromatograma bien seco. En los lugares donde existe tiobarbitúrico, aparece al cabo de unos minutos una mancha verde, que se ve mejor a la luz del día y que persiste 48 ó 72 horas.

Esta reacción es considerada por RAVENTOS (1946) como específica de los derivados tiobarbitúricos.

Sales de cobalto. — Los reveladores a base de éstas nos fueron recomendados por el doctor PÉREZ ARGILÉS, y hemos ensayado los siguientes:

Reactivo de Parri-Barilari.—Se emplea una solución de nitrato de cobalto al 1 por ciento en alcohol etílico absoluto; la técnica es la siguiente: antes de la tinción se lleva el cromatograma al horno cinco minutos a 90°. Se rocía con la solución de nitrato de cobalto, se lleva nuevamente al horno otros cinco minutos y, una vez seco, se somete a la acción de vapores de amoníaco colocado en una placa de Petri, aparecen rápidamente manchas de color violeta que tienen el inconveniente de persistir unas horas, aunque pueden volverse a reproducir fumigando nuevamente con vapores de amoníaco.

Reactivo de Zwikker.—En éste, los vapores de amoníaco se sustituyen con vapores de piperidina o isopropilamina.

Esta reacción a base de la formación de complejos con el cobalto, es común a los oxi y a los tiobarbitúricos, de gran sensibilidad, «hasta 10 gammas», y los hemos utilizado con frecuencia como revelador universal. Su mayor inconveniente consiste en la fugacidad de las manchas, que no se evita bañando los cromatogramas en parafina, como recomiendan algunos autores.

MICROCRISTALIZACIÓN

Fué DENIGES (1931), quien por primera vez propuso una técnica microcristalográfica para la identificación de los barbitúricos en los medios biológicos. Nosotros hemos estudiado las técnicas de cristalización de estas sustancias, por considerarlas

de gran interés desde el punto de vista de su identificación, aunque no lo tengan en el terreno particular de nuestras experiencias.

Para la microcristalización hemos partido, unas veces, de solución alcalina de barbitúrico; en otras, la identificación ha sido precedida de una separación por cromatografía sobre el papel. En este segundo caso se practicaba, en general, un doble cromatograma para, revelado uno de ellos por un revelador universal, marcar en el otro la posición del barbitúrico a identificar. Una vez realizado esto, se

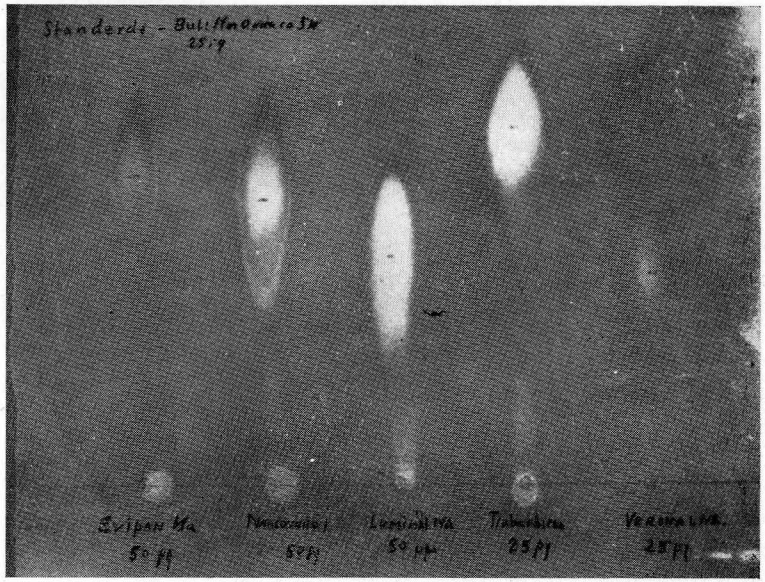


FIG. 1.—CROMATOGRAMA «STANDARD» OBTENIDO DE DIVERSAS SOLUCIONES DE BARBITÚRICOS MEDIANTE CROMATOGRAFÍA MONODIMENSIONAL ASCENDENTE.
SOLVENTES: BUTANOL-HIDRÓXIDO AMÓNICO 5 N (25:9).
REVELADOR: NITRATO DE PLATA AMONIACAL.

procedía a la elución del barbitúrico, puesto que no nos dió buenos resultados el intento de obtener cristales directamente sobre el papel del cromatograma, tal como lo indica BARILARI (1955). Para eludirlo, una vez separada la mancha del cromatograma, se procedía a cortarla en trocitos pequeños, los cuales se colocaban en un vidrio de reloj con una mínima cantidad de carbonato sódico al 10 por ciento o sosa N/100. Al cabo de media hora, se separaban las porciones de papel exprimiéndolas ligeramente, y con una pipeta se pasaba el líquido a un porta bien limpio. Si la cantidad de líquido era excesiva, podía reducirse por evaporación a la temperatura ambiente en el mismo vidrio de reloj.

Una vez colocada la gota de solución de barbitúrico sobre el portaobjetos, se añade una gota de solución de amoníaco al 1/3 (v/v). A continuación se añade una gota de ácido sulfúrico diluído al décimo (v/v), se cubre la preparación con un cubreobjetos y se observa al microscopio con objetivo de pequeño aumento, cerrando hasta el diafragma. Conviene observar la preparación cada 10 minutos, puesto que el tiempo de aparición de los cristales es muy variable (entre 10 y 60 minutos). Por otro lado, si se retrasa la observación, la forma cristalina queda enmascarada

por la formación de conglomerados cristalinos y por la aparición de precipitados ajenos a la sustancia a investigar.

En general, es mucho más difícil conseguir la cristalización de los tiobarbitúricos, en parte, atribuible a que la adición del ácido fuerte destruye su molécula poniendo en libertad el azufre. En estos casos, hemos empleado con éxito ácido acético al 10 por ciento. Los resultados creemos que son más demostrativos observando las microfotografías que acompañan, que no describiendo subjetivamente los cristales.

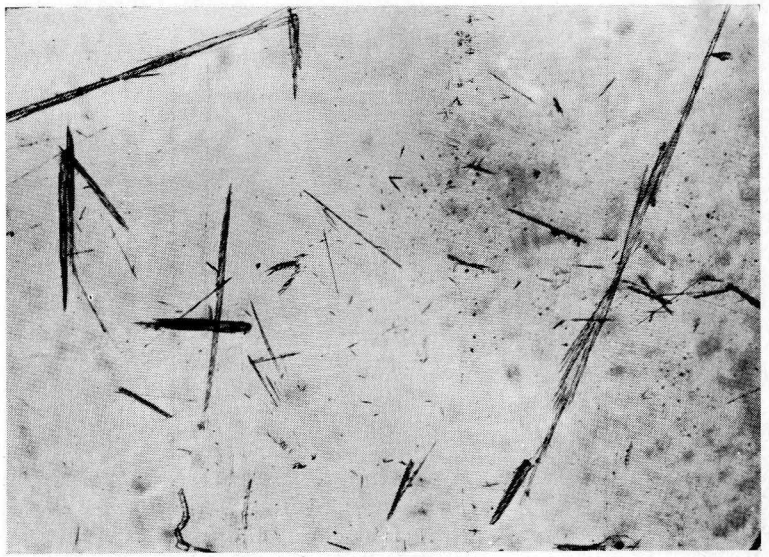


FIG. 2.—MICROCRISTALES DE ÁCIDO FENIL-ETIL-BARBITÚRICO. 50 GAMMAS.
AUMENTO: 300 x.

INVESTIGACIÓN DE LOS BARBITÚRICOS SEPARADOS CROMATOGRÁFICAMENTE

Una vez separados los barbitúricos por cromatografía, se procede a la identificación de los mismos por alguno de los procedimientos siguientes:

1.º Por su Rf. o por el valor del cociente. Distancia recorrida por la mancha desde el punto de partida dividida por la distancia recorrida por el frente del solvente. Presentamos un cuadro en el cual se indican los valores de Rf. para 10 barbitúricos, con expresión de los límites entre los que oscila.

Debemos hacer notar que aunque estos valores coincidan con los de la mayoría de los autores, no pueden tomarse como ciertos, sino para nosotros, y en nuestro laboratorio. Cualquier otro investigador (aun siguiendo la misma técnica) debe establecer sus propios patrones.

En caso de duda, puede hacerse correr el barbitúrico problema en un mismo cromatograma con otros barbitúricos conocidos, ya que de esta manera los valores de Rf. tienen mayor valor. También puede, una vez depositado el barbitúrico problema, añadir en el punto de partida 50 gammas de un barbitúrico patrón para que corran simultáneamente; si aparecen dos manchas, debe descartarse la identidad de los mismos.

2.º *Por su comportamiento ante los distintos reveladores.*—Para ello, como es lógico, es necesario practicar varios cromatogramas en el barbitúrico problema y revelarlos de acuerdo con lo indicado al hablar de los distintos reactivos empleados. Desde este punto de vista, podemos dividir los reveladores en: *a*) Reveladores universales como el nitrato de plata amoniacal y las sales de cobalto, descubren la presencia de cualquier barbitúrico; *b*) Reveladores que, como el permanganato potásico, sólo reaccionan con barbitúricos que contienen dobles enlaces en una cadena abierta; *c*) Reveladores propios de los tiobarbitúricos, como es el de dietilamina-sulfato de cobre, que sólo reacciona con estas sustancias.

3.º *Por microcristalización.*—Partiendo, bien directamente del extracto que contiene el barbitúrico, o bien eluyendo la mancha correspondiente en el cromatograma.

Investigación por cromatografía sobre papel de los barbitúricos en medios biológicos

Obtención del extracto. — Este es el primer problema que se nos plantea y que nosotros hemos procurado resolverlo teniendo en cuenta los medios que manejábamos (suero sanguíneo y líquido céfalorraquídeo) y los trabajos de autores como Riebeling y Burmeister (1954), Curry (1955), etcétera.

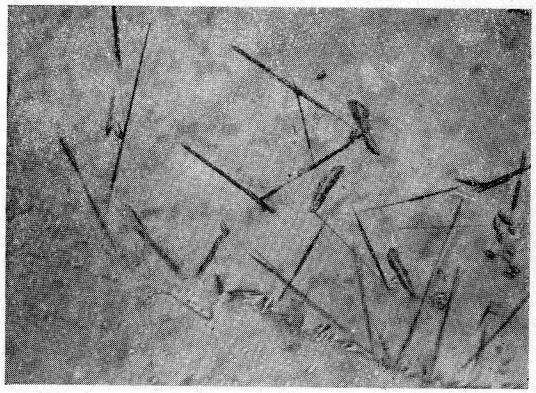


Fig. 3.—Microcristales de ácido dietil-barbitúrico Aumento: 120 x. 50 Gammas.

En primer lugar, debe procederse a la desproteinización del suero, cosa no necesaria en el caso del líquido céfalorraquídeo. Para ello, hemos encontrado como la más adecuada la precipitación con el ácido tungstico, cuyos detalles exponemos al tratar de la determinación cuantitativa.

El líquido céfalorraquídeo o el filtrado desproteinizado del suero con alcalinizados hasta un pH de 11 por adición de sosa 10/N para asegurar que todos los barbitúricos se encuentran en forma de sal sódica. En estas condiciones, se procede al lavado del líquido con éter sulfúrico, haciéndose, en general, por tres veces, con 3 miligramos de éter cada vez. Después de cada lavado, se deja separar por sedimentación dos capas; la superior, etérea, que se aspira con la trompa o con una pipeta, y la inferior, acuosa, que queda en el tubo. Con ésta, dejamos una porción intermedia más o menos turbia. Se puede completar la separación por filtración.

Terminado el lavado necesario, porque siempre existen impurezas que dificultan la obtención de buenos cromatogramas, se acidifica la solución acuosa hasta un pH entre 1 y 2. Para ello se añade la cantidad necesaria de ácido clorhídrico N/10. Hemos empleado el ácido tricloroacético y el ácido sulfúrico, pero lo hemos abandonado porque el primero contiene impurezas solubles en éter que dificultan la obtención de cromatogramas limpios, y el segundo porque, al no perderse en la evaporación, ataca el papel de cromatografía. A este pH, los barbituratos pasan a la forma de ácidos barbitúricos, y como tales son muy solubles en éter y cloroformo

y prácticamente insolubles en agua. En estas condiciones se procede a la verdadera extracción, para lo cual y en el mismo tubo de ensayo se añaden 3 c. c. de éter, agitando durante 3 minutos; se deja sedimentar y se recoge aspirando con una pipeta la capa etérea superior en un tubo de centrífuga. Se vuelve a repetir la extracción otras dos veces, recogiéndose en el tubo de centrífuga las correspondientes extracciones.

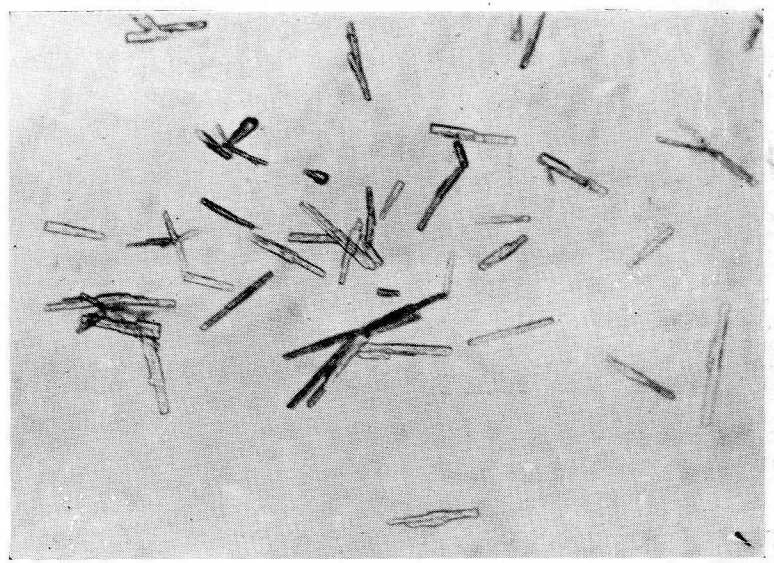


Fig. 4.—Microcristales de ácido metil-ciclohexenil-N-metil barbitúrico. 50 Gammas. 80 x.

A continuación, conviene deshidratar totalmente el extracto, para lo que nosotros hemos encontrado muy eficaz la adición de una pequeña cantidad (1 gramo, aproximadamente) de sulfato sódico anhidro. Se agita durante un par de minutos y se centrifuga a 2.000 revoluciones por 5 minutos. Seguidamente se decanta el extracto etéreo a un tubo de evaporación, que puede ser uno de centrífuga cónico. Se evapora el éter, bien a temperatura ambiente, o mejor en estufa eléctrica a 50-60º. Si la deshidratación se ha hecho bien, el extracto se deseca totalmente en unos 30 minutos.

Cromatografía. — Se procede entonces a la cromatografía. Sobre una tira de papel Whatman número 1, de 25 centímetros de alto y con una anchura suficiente para los cromatogramas que interese hacer correr, se marca a 2 centímetros de la base una línea horizontal señalando tantos puntos en ella como cromatogramas vayan a resolverse, conservando entre uno y otro punto, así como de los bordes, una separación mínima de 30 milímetros. Preparado el papel de esta manera, se disuelve el extracto seco, bien en sosa al 10 por ciento o en acetona pura; la cantidad dependerá del número de pistas en las que se quiera depositar el extracto, calculando a un mínimo de 20 milimicras para cada pista. La disolución en sosa la recomienda Riebleing (1954), y con ella se trabaja con los barbituratos en forma de sales. A nosotros nos ha dado mejores resultados la disolución en acetona, aunque debe tenerse en cuenta que en este caso trabajamos con barbituratos en su forma

ácida. El extracto se va colocando en pequeñas porciones sobre el punto de partida mediante una micropipeta y secando la mancha producida después de cada adición mediante una corriente de aire caliente (secador de cabello), y de esta manera se consiguen gotas sobre el papel que tienen un diámetro inferior a 10 milímetros.

Una vez colocados los extractos en sus correspondientes pistas, teniendo buen cuidado de numerar éstos, se enrolla el papel en sentido longitudinal y se sujetan los bordes, o bien mediante puntos de hilo o papel «cello». Debe procurarse una buena coaptación de los bordes, pero sin que éstos lleguen a superponerse, procurando obtener un cilindro lo más perfecto posible.

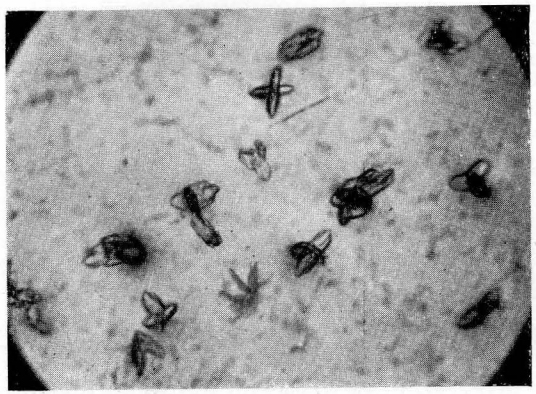


FIG. 5. — MICROCRISTALES DE ÁCIDO ETIL-ISOAMIL-BARBITÚRICO. 100 GAMMAS. 120 x.

Preparado de esta forma el cromatograma, se introduce en la cámara cromatográfica saturada con el solvente a emplear, donde se deja por el transcurso de unas horas. Pasadas éstas, se coloca en el fondo de la cámara una placa de Petri, que contiene el solvente, y en ella se introduce la base del cilindro de papel, procurando que quede absolutamente vertical. Se cierra la cámara y sin destaparla se deja ascender el solvente hasta 1 ó 2 centímetros del borde superior; entonces, se saca, se deshace el cilindro y la hoja de papel se deja secar bien a la temperatura ambiente o bien mediante el secador. A partir de este momento el cromatograma está dispuesto para comprobar la presencia de barbituratos e identificación de los mismos.

Cuando se trata de la identificación de un barbitúrico desconocido, proponemos la siguiente *marcha analítica*:

1.° Se hacen correr, por lo menos, cuatro pistas por el extracto problema.

2.° La primera pista, una vez desarrollado y seco el cromatograma, se revela con uno de los reveladores universales (el nitrato de plata o sales de cobalto). Con esto, concluiremos la presencia o no de barbitúricos en el problema y podremos calcular su Rf., el cual puede darnos, comparado con el cuadro correspondiente de Rf., una indicación bastante precisa sobre la clase de barbitúricos, ya que vemos que barbitúricos como el veronal y el luminal tienen un Rf. entre 0'40 y 0'60, mientras que el evipán, narcovenol y tiobarbitúricos lo tienen entre 0'7 y 0'9.

3.° Un segundo cromatograma del problema es revelado con permanganato potásico; la aparición en el lugar correspondiente de una mancha amarilla nos indicará la presencia de un barbitúrico con la cadena lateral no saturada.

4.° El tercer cromatograma será revelado con dietil-amina-sulfato de cobre; la aparición de una mancha verde, en el lugar prefijado, indicará que se trata de un tiobarbitúrico.

5.° Con el cuarto cromatograma podemos proceder a la identificación del barbitúrico por microcristalización.

Si con esto la identificación no ha sido definitiva, puede procederse a la obtención de nuevos cromatogramas del extracto problema haciéndolos correr simultáneamente y en la misma pista, con soluciones de barbitúricos conocidos y que fundadamente pueden coincidir. La aparición de una sola mancha después de revelado un cromatograma de estos, demostraría la identidad entre el barbitúrico problema y el añadido. Esto conviene añadirlo después del problema y en cantidad no superior a 50 gammas.

DETERMINACIÓN CUANTITATIVA DE LOS BARBITÚRICOS

Esta la hemos realizados, según los casos, en el cromatograma o en los líquidos biológicos, por técnica fotocolorimétrica.

En el cromatograma.—En este caso se trata en realidad de una valoración semicuantitativa; para ella, junto con el extracto problema, se hacen correr en el mismo cromatograma y en pistas paralelas, cantidades conocidas del barbitúrico a determinar (25, 50 y 100 gammas). Después de revelado el cromatograma y en función del área de las manchas respectivas, puede calcularse la concentración del barbitúrico en el líquido problema, con un error inferior a un 10 por ciento.

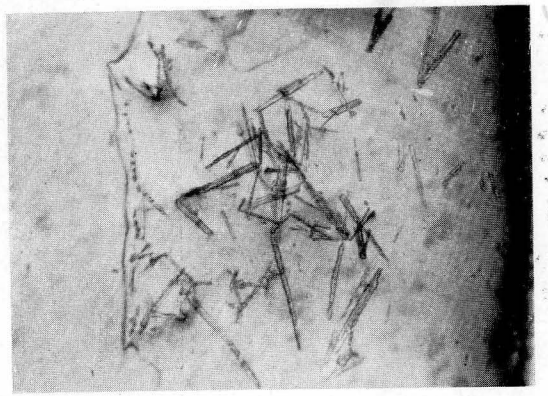


FIG. 6.—MICROCRISTALES DE ÁCIDO ALLIL-CICLOHEXENIL-2-TIOBARBITÚRICO. 100 GAMMAS. 400 x.

Por fotocolorimetría. — Para ella, nos hemos servido como puntos de partida, aunque posteriormente las hayamos modificado, de las técnicas dadas por RAVENTOS (1946). Las reacciones de color son distintas para los oxi y los tiobarbitúricos, pero esta diferencia sólo afecta a la parte final de la determinación, por lo que expondremos el resto de la misma conjuntamente.

MATERIAL

Además del material corriente en el laboratorio, el cual debemos procurar que esté completamente seco, tenemos necesidad de:

1.° *Un fotocolorímetro de buena calidad.*—Nosotros hemos utilizado alguna vez un fotocolorímetro tipo E. L. L. (Evans), pero en la mayoría de las determinaciones el aparato empleado ha sido el espectrofotómetro del doctor Kortium, fabricado por la Casa Lange, de Berlín. Se trata de un espectrofotómetro a base de dos células de selenio en compensación, lo cual aumenta su estabilidad y en el que la cantidad de luz que llega a una de ellas es regulada mediante una cuña de vidrio especial servido por un tornillo micrométrico que da directamente las extinciones de las soluciones interpuestas multiplicadas por 100. La sensibilidad del aparato es grande, puesto que emplea como indicador de paso de corriente un galvanómetro «multiflex». El aparato trabaja con la corriente de la red, cuyo voltaje es reducido a 6 voltios mediante un reductor estabilizado de la misma casa constructora.

2.° *De filtros adecuados, a fin de conseguir una máxima y específica absorción de la luz por la solución coloreada.*—El aparato está provisto de 12 filtros simples

y compuestos que abarcan desde las 350 a las 700 milimicras. Para la elección del filtro más adecuado, hemos partido de una solución «standard» de concentración media, cuya extinción se ha medido con la serie completa de filtros, obteniéndose un espectro de absorción de la misma, y seleccionando aquellos filtros cuya absorción era máxima; de éstos, a su vez, se seleccionaba el de mayor sensibilidad, para lo cual obteníamos con cada uno de ellos curvas patrón a diversas concentraciones. El filtro elegido de los anteriormente separados, era aquel para la que la ley de Lambert Beer, se cumplía de manera más rigurosa.

Reactivos

1.° Solución de tungstato sódico al 10 por ciento.
2.° Solución de ácido sulfúrico 0'66 N.
3.° Solución de sosa 0'1 N.
4.° Sulfato sódico anhidro.
5.° Eter sulfúrico anhidro.
6.° Cloroformo anhidro.
7.° Acetato de cobalto al 1 por ciento en metanol absoluto.
8.° Isopropilamina al 5 por ciento (v/v) en metanol absoluto.
9.° Dietilamina al 10 por ciento (v/v) en metanol absoluto.
10. Solución saturada de sulfato de cobre anhidro en metanol absoluto.
11. Soluciones conocidas de diversos barbitúricos en cloroformo.

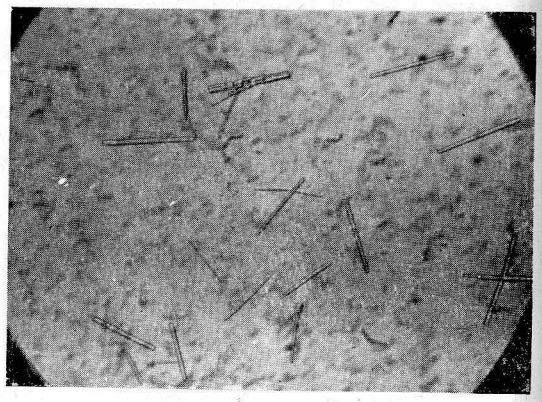


Fig. 7.—Microcristales de ácido etil-metil-butil-2-tiobarbitúrico. 100 Gammas. 200 x.

Técnica

1.° *Extracción.*—Esta parte es común a los oxi y tiobarbitúricos, y consta de los siguientes tiempos:

a) Lavado.—El líquido a investigar es llevado, si no lo tiene, a un pH alcalino (entre 10 y 11), por adición de unas gotas de sosa 0'1 N; a continuación y en el mismo tubo de ensayo, se agita con 10 c. c. de éter sulfúrico durante 3 minutos. Se deja sedimentar, y con una pipeta se separa el suero o el líquido céfalorraquídeo que constituye la capa inferior.

b) Desproteinización.—Del suero o líquido céfalorraquídeo ya lavado, se toman 2 miligramos, que se mezclan con 4 de agua, 2 de ácido sulfúrico al 0'66 N y 2 de tungstato sódico al 10 por ciento. Se agitan, se deja reposar 10 minutos y se filtra a través de papel Schleicher-Schüll 569.

c) Extracción propiamente dicha.—Se comprueba con papel indicador, si como ocurre generalmente el pH del filtrado es francamente ácido (entre 1 y 2); caso contrario, se acidifica añadiendo una o dos gotas de ácido sulfúrico 0'66 N. De este líquido ácido, se toma una parte alícuota de acuerdo con las supuestas concentraciones en barbitúricos. Nosotros hemos utilizado, en general, 2'5 miligramos, que corresponden, teniendo en cuenta la dilución a 0'5 miligramos del líquido problema. Se añaden 4 miligramos de cloroformo, se agita durante 3 minutos, se deja separar por sedimentación, y la parte inferior clorofórmica se pasa con una pipeta

a un tubo de centrífuga. Se vuelve a repetir la extracción con otros 4 miligramos de cloroformo, que después de sedimentado se pasan al mismo tubo de centrífuga.

Se añade al tubo de centrífuga que contiene el extracto clorofórmico 1 gramo, aproximadamente, de sulfato sódico anhidro y se agita durante 5 minutos. Para terminar, se centrifuga a 3.000 revoluciones otros 5 minutos.

2.° *Colorimetría.*—La reacción es distinta, como hemos dicho para los oxi y los tiobarbitúricos.

Oxibarbitúricos. — Nos basamos en la reacción de Koppanyi (1934), consistente en añadir al extracto clorofórmico acetato de cobalto e isopropilamina, con lo que aparece un color púrpura. La marcha empleada por nosotros es la siguiente: del extracto clorofórmico se toma una parte alícuota (de 2 a 5 miligramos), completando con cloroformo hasta 5 miligramos; en otro tubo de ensayo se prepara simultáneamente un blanco con 5 miligramos de cloroformo. Se añade a cada tubo 1'5 miligramos de solución de isopropilamina (reactivo 8.°) y 0'3 miligramos de solución de acetato de cobalto (reactivo 7.°). Aparece inmediatamente una coloración púrpura, que persiste durante una hora sin cambio apreciable. Se mide su extinción, empleando el filtro verde VG 9 de 520 milimicras y cubeta de 0'5 centímetros de espesor.

Del valor de extinción obtenido y utilizando una curva patrón, hecha tal como luego describiremos, deduciremos la concentración en gammas en el extracto clorofórmico empleado y que luego referiremos con sólo tener en cuenta las diluciones al miligramos o a 100 miligramos, según interese.

Tiobarbitúricos. — Como en el caso anterior, se prepara un blanco con 5 miligramos de cloroformo, llevándose también a 5 miligramos el volumen de extracto elegido. Se añade a cada tubo, y rigurosamente en este orden: 0'5 miligramo de solución de dietilamina (reactivo 9.°) y 1'2 miligramo de sulfato de cobre (reactivo 10.°) Aparece una coloración verde esmeralda, que se valora fotocolorimétricamente como en el caso de los oxibarbitúricos, pero utilizando el filtro rojo RG 1, de 620 milimicras; también como en el caso anterior de la curva patrón correspondiente, obtendremos la concentración absoluta en gammas del tiobarbitúrico en los c. c. de extracto clorofórmico utilizado.

Esta reacción, descrita por Cowan (1939), no se produce, o bien aparecen turbideces cuando la deshidratación de los reactivos utilizados no es absoluta; particularmente sensible y fácilmente alterable, es el reactivo 10.°, a base de sulfato de cobre anhidro. Por esto conviene renovarlo con frcuencia e incluso controlarlo antes de cada determinación.

Obtención de las curvas patrón. — Para los oxibarbitúricos, se parte de una solución de 50 ml. de ácido dietilbarbitúrico en 10 ml. de cloroformo, obteniéndose una concentración de 5 gammas por milímetro cúbico. A partir de esta solución se preparan tubos que contienen, respectivamente, 500, 1.000, 2.000, 3.000 y 4.000 gammas. Se completa el volumen de todos ellos en cloroformo hasta 5 ml. y se prepara un blanco con 5 ml. de cloroformo; se añade a cada tubo 1'5 ml. de la solución alcohólica de isopropilamina y 0'3 ml. del reactivo de acetato de cobalto. Se procede a la lectura de las extinciones en el fotocolorímetro, empleando el filtro VG 9 contra un blanco constituído por el blanco de reactivos.

En el caso de la obtención de la curva patrón de los tiobarbitúricos, hemos tropezado con el inconveniente de que estos preparados no existen en el comercio en forma ácida, sino en la de sus sales sódicas; por ello hemos partido de soluciones de la sal, exactamente valoradas y a las que se llevaba a pH 3 acidificando con

solución 0'1 N de ácido clorhídrico, extrayendo a continuación el ácido tiobarbitúrico con 4 ml. de cloroformo, según la técnica habitual. Se preparan una serie de tubos conteniendo soluciones clorofórmicas, cuyas concentraciones en tiobarbitúricos variaban entre 500 y 4.000 gammas. Se completaba el volumen de todos ellos a 5 ml. con cloroformo y se añadía a cada tubo 0'5 ml. de solución de dietilamina y 1'2 ml. de solución de sulfato de cobre. Desarrollado el color. se valora la extinción contra blanco de reactivos, utilizando el filtro RG 1 y, como siempre, cubetas de 0'5 centímetros de espesor.

Los valores de extinción obtenidos, en uno o en otro caso, se llevan al papel milimetrado, obteniéndose por unión de los puntos correspondientes rectas casi perfectas, como puede observarse en las adjuntas.

Hemos podido comprobar que la sensibilidad de estas reacciones es prácticamente la misma para los distintos barbitúricos; por eso, nosotros, consideramos de rutina la obtención de dos de ellas, una a partir del ácido etil-metil-butil-2 tiobarbitúrico, para la valoración de los tiobarbitúricos.

Comentarios a las técnicas propuestas para la investigación de los barbitúricos

En las diversas técnicas que hemos estudiado en el presente trabajo, es la de la separación e identificación de los barbitúricos por cromatografía sobre papel, la que mejores resultados nos ha proporcionado y la que a nuestro juicio amplía el horizonte en el estudio bioquímico de estos cuerpos. Una simple separación entre la cromatografía sobre papel (C. S. P.) y otras técnicas generales para la separación de mezclas, como son la sublimación, la destilación y la cristalización fraccionada, las particiones químicas, etc., nos muestran que la técnica cromatográfica presenta sobre las demás dos ventajas fundamentales: el de ser aplicables a pequeñas cantidades de material y el de que las manipulaciones a que se someten los componentes que van a ser separados no causan ninguna modificación en los mismos.

La cromatografía tiene un particular interés, dentro de su aplicación en farmacología, para la resolución de problemas analíticos de los tres tipos siguientes:

1.° Comprobar la homogeneidad de una sustancia susceptible de contaminarse por otras químicamente similares.

2.° Identificación de las sustancias farmacológicas.

3.° Determinación de los componentes individuales de mezclas complejas o de sustancias en solución muy diluída.

Nosotros hemos querido ampliar la utilidad de la cromatografía sobre papel en el terreno farmacológico, en lo que se refiere a la posibilidad analítica de los compuestos por nosotros estudiados; es decir, hemos querido establecer relaciones entre la composición química y el comportamiento cromatográfico de los distintos barbitúricos ensayados. En este sentido, nuestros resultados apreciables en el cuadro de Rf. que presentamos, indican que la cromatografía sobre papel es un excelente medio de separación de derivados del ácido barbitúrico, cuyas cadenas laterales poseen distinta polaridad; por el contrario, no se obtienen tan buenos resultados cuando la diferencia entre los compuestos radica fundamentalmente en la longitud de la cadena lateral o en la estructura del núcleo central. Así, por ejemplo, se obtienen magníficas separaciones entre barbitúricos con cadena lateral de escasa polaridad, (dietil-barbitúrico, etil-fenil-barbitúrico, dialil-barbitúrico y metil-isopropil-barbitúrico), por un lado, y los barbitúricos de cadena muy polar, por otro (metil-ciclohexenil-metil-barbitúrico, etil-metil-butil-2 tiobarbitúrico, alil-ciclohexenil-2 tiobarbitúrico).

Estos resultados se deben extrañamente, si tenemos en cuenta que la cromatografía sobre papel es fundamentalmente una cromatografía de partición y que en las técnicas corrientes, como las seguidas por nosotros, los componentes de la mezcla a analizar se distribuyen según su coeficiente de partición entre una fase fija de gran polaridad, como es el agua retenida por las moléculas de celulosa en el papel y una fase móvil, poco polar, representada por el solvente. Quizá los resultados serían todavía mejores, si en vez de limitarnos, como hemos hecho, a este tipo general de cromatografía, hubiéramos recurrido al empleo simultáneo de otras técnicas cromatográficas, como lo son aquellas en que la fase fija es la poco polar y, por el contrario, la móvil es la dotada de gran polaridad.

Esto es lo que podemos decir respecto a la utilidad de la cromatografía, como revelador de las características estructurales de los compuestos estudiados. Si la polaridad de las cadenas laterales tiene una gran significación desde el punto de vista del comportamiento cromatográfico, hemos podido comprobar que el peso molecular no interviene para nada en dicho comportamiento. Respecto a su presencia en forma de sal o en forma de ácido, modifica ligeramente su Rf. en el sentido de disminuir cuando se encuentra en forma de sal sódica, cosa lógica, si se tiene en cuenta que en esta forma es francamente hidrosoluble el compuesto, mientras que en forma de ácido tiene mucha mayor apetencia por la fase móvil.

Estos resultados coinciden, como hemos podido comprobar posteriormente, con los de Strain (1949), quien señala ciertos límites a las posibilidades de separación cromatográfica de compuestos químicamente afines; límites que, por su interés, copiamos a continuación:

DIFERENCIAS DE LA ESTRUCTURA	SEPARACION OBTENIDA
Isomería de los compuestos acíclicos . . .	Mala a regular
Isomería de los compuestos acíclicos y cíclicos	Mala a regular
Posición de los centros de insaturación . .	Mala a regular
Isomería de los compuestos conjugados y no conjugados	Regular a buena
Número de los centros de insaturación . . .	Buena
Isomería geométrica	Regular a buena
Isomería óptica	Mala
Dimensiones moleculares	Regular a mala
Número de los grupos polares	Buena
Polaridad de los grupos funcionales . . .	Buena

Mucho más lisonjeros son los resultados obtenidos cuando se trata de la simple identificación de la presencia de un barbitúrico en un líquido biológico. La sensibilidad de este método es muy superior a la de todos descritos anteriormente, aunque, naturalmente, varía algo en relación con el tipo de compuesto y con la clase de revelador empleado.

En experiencias realizadas con soluciones «standard» hemos podido obtener claras manchas con veronal, luminal y evipán a concentraciones por debajo de las 10 gammas, empleando como revelador el nitrato de plata amoniacal. Los tiobarbitúricos son menos sensibles a esta reacción y por ello hemos empleado en determinadas oasiones el reactivo de dietilamina-sulfato de cobre; con éste, hemos obtenido manchas evidentes con concentraciones de tiobarbitúricos entre 15 y 25 gammas.

VALORES MEDIDOS DE Rf. PARA DISTINTOS BARBITURICOS EN SUS FORMAS DE ACIDO Y SAL EN CROMATOGRAFIA MONO-DIMENSIONAL ASCENDENTE UTILIZANDO COMO SOLVENTE EL n-BUTANOL-AMONIACO 5 N (25:9), SEÑALANDO SUS LIMITES DE VARIACION

Nombre	Fórmula	Rf. del ácido	Rf. de la sal
ALLONAL	Ac. iso-propil allil barbitúrico.	0.92 / 0.90 / 0.81	0.79 / 0.70 / 0.62
DIAL	Ac. dialil-barbitúrico.	0.62 / 0.59 / 0.53	0.46 / 0.38 / 0.33
EVIPAN NARCOVENOL HEXOBARBITAL	Metil-ciclohexenil. Ac. N-metil-barbitúrico.	0.86 / 0.85 / 0.79	0.64 / 0.62 / 0.58
LUMINAL	Ac. fenil-etil-barbitúrico.	0.79 / 0.75 / 0.72	0.51 / 0.47 / 0.43
PENTOTAL TIOPENTAL TIOBARBITAL	Ac. etil-metil-butil-2-thio-barbitúrico.	0.98 / 0.95 / 0.90	0.75 / 0.63 / 0.58
PENTONE PENTOBARBITAL	Ac. etil-metil-butil-barbitúrico.	0.94 / 0.91 / 0.82	0.83 / 0.77 / 0.71
PERNOCTON	Ac. butil (sec)-bromo-allil-barbitúrico.	0.92 / 0.87 / 0.81	0.61 / 0.53 / 0.50
SURITAL KEMITAL	Ac. allil-ciclohexenil-2-thio-barbitúrico.	0.85 / 0.79 / 0.76	0.82 / 0.73 / 0.72
TRANSITAL	Ac. etil-isoamil-barbitúrico.	0.90 / 0.81 / 0.83	0.89 / 0.78 / 0.76
VERONAL	Ac. dietil-barbitúrico.	0.80 / 0.77 / 0.75	0.89 / 0.43 / 0.41

Todas estas cifras se refieren a experiencias practicadas, añadiendo cantidades conocidas de barbitúrico a un líquido céfalorraquídeo y procediendo a su extracción y cromatografía por las técnicas descritas.

No debe extrañarnos esta mayor sensibilidad del método cromatográfico frente al resto de los empleados, con sólo tener en cuenta que el reactivo elegido como revelador actúa sobre una limitada zona en la que no sólo se ha concentrado el barbitúrico que antes estaba diluído en la masa del líquido, sino que, además, se le ha separado de una serie de productos que podían interferir la reacción.

En este sentido, queremos hacer constar un hecho que en principio nos desorientó, consistente en que al revelar con nitrato de plata el cromatograma aparecía muchas veces en el punto de partida una mancha blanca que nos hizo sospechar la existencia en el mismo de una cierta cantidad de barbitúrico que

no había sido arrastrada por el solvente. Esto nos llevó a investigar la naturaleza de dicha mancha recurriendo a otras reacciones de identificación, lo que nos permitió descartar dicha hipótesis y atribuir la mancha susodicha a sustancias extraídas por el éter, pero sin relación química alguna con los cuerpos estudiados. Por otra parte, estas manchas que aparecían claras cuando el residuo se disolvía en sosa, no existían, prácticamente, cuando el extracto se disolvía simplemente en acetona.

Respecto a las otras técnicas que hemos manejado, ya hemos dicho que consideramos la microcristalización como insustituíble en farmacología y toxicología, y que aparece francamente mejorada por la separación previa de los barbitúricos por cromatografía sobre papel.

Las técnicas cuantitativas han sido estudiadas por nosotros con el fin de aplicarlas concretamente al estudio de transporte de barbitúricos por las proteínas plasmáticas. Dentro de esta idea son más que satisfactorios los resultados, y creemos que adaptándolos a las condiciones de trabajo particulares, pueden emplearse con éxito en toda clase de investigaciones farmacológicas y médicolegales, ya que aun existiendo métodos más sensibles y precisos, los nuestros los superan en baratura y rapidez.

BIBLIOGRAFIA

Algeri, E., y Walker, I. T.—*Amer. J. Clin. Path.*, 22, 37. 1952.
Awapara, J., y Sato, Y.—*Clinica Chimica Acta*, 1, 75. 1956.
Barrilari, E. M.—*Arc. Farm. y Bioquím. del Tucumán*, 7, 5. 1955.
Bickel y Souchon.—«Die papier cromatografie in kinderheilkunde». Ed. Enke. Stutgart. 1955.
Brandstaeter, K.—*Microchem. Microchim. Acta.*, 38, 68. 1951.
Brodie, B. M.; Marck, L. E.; Papper, E. M.; Lief, P. A.; Berstein, B., y Rovenstyne, E. A.—*J. Pharmacol.*, 98-85. 1950.
Brown, F., y Hall, L. P.—*Nature Lond.*, 166, 66. 1950.
Bush, H.; Butler, L., y Dickinson, D. R.—*J. Pharmacol.*, 108, 104. 1953.
Cowan.—1939. Cit. por Raventos en *Brits. J. Pharmacol.*, 1, 202. 1946.
Curry, A. S.—*J. Pharmacol.*, 7, 604. 1955.
Deniges, G.—*Microchemic.*, 3, 316. 1931.
Dent, Datta y Harris.—*Biochem. J.*, 46, XLIII. 1950.
Elvidge, J. A.—*Quat. J. Pharmacol. Pharm.*, 13, 219. 1940.
Goldbaum, L. R.—*J. Pharmacol.*, 94, 68. 1948.
Hellema, P.; Shettles, S. G., y Stran, K.—*J. Biol. Chem.*, 148, 293. 1943.
Hubner, G., y Pfell, E.—*Hope-Seylers. J. Physiol. Chem.*, 296, 223. 1954.
Isherwood, G. A.—*Biochem. J.*, 40, 688. 1946.
Jailer, J. W., y Goldbaum, L. R.—*J. Lab. Clín. Med.*, 31, 1344. 1946.
Kennedy, E. P., y Barker, H. A.—*Anal. Chem.*, 23, 1033. 1951.
Kopanyi, Dille, Murphy y Krop.—*J. Amer. Pharm. As.*, 22, 1076. 1934.
Lilliman, R.—*Analist.*, 75, 626. 1950.
Lugg, J. W. H., y Overell, B. 5.—*Nature Londres*, 160, 87. 1947.
Paulus, H. L.— *Microchem, Microchim Acta*, 38, 566. 1951.
Peg, V. J., y Parellada, L.—*Clínica y Laboratorio*, 63, 263. 1957.
Raventos, J.—*Brit. J. Pharmacol*, 1, 210. 1946.
Raventos, J.—*J. Pharmacol*, 6, 217. 1954.
Riebelin, E., y Burmeister, J.—*Klin. Wichs.*, 32, 1057. 1954.
Scarisbrick, R.; Baldwin, E., y Mmyle, V.—*Biochem. J.*, 42, XIV. 1948.
Schonemberg, H.—*Klin. Wochs.*, 34, 269. 1956.
Schonemberg, H.—*Klin. Wochs.*, 34 442. 1956.
Smith, y Lester, E.—*Biochem. J.*, 36, XXII. 1942.
Stuckey, R. E.—*Quart. J. Pharmacol. Pharma.*, 15, 370. 1941.
Stuckey, R. E.—*Quart. J. Phamacol. Pharma.*, 15, 370. 1942.
Titus y Weis.—*Fed. Prod.*, 12, 372. 1953.
Turfitti, G.—*Quart. J. Pharmacol. Pharma.*, 21, 1. 1948.
Walker, I. T.; Fisher, H. R., y Mc Hugh L.—*Amer. J. Clin. Path.*, 18, 451. 1948.
Wickstrom, A., y Salvesen, B.—*J. Pharma. Pharmacol.*, 4, 98. 1951.

Dirección: Madre Vedruna, 10, pral. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 401 - TOMO LXVIII
AGOSTO 1959

PROYECCIÒN PSÌQUICA DE LAS AMPUTACIONES

POR EL

DR. MARIO OLIVERAS DEVESA

BARCELONA

SIEMPRE que se practica una amputación, es indudable que, como consecuencia directa de la intervención, se producirán, en un plazo inmediato, una serie de repercusiones biológicas que se traducen en importantes cambios psíquicos y somáticos, porque la pérdida de una extremidad o parte de ella es un accidente tan destacado en la vida del hombre, que marca una fita trascendental, hasta el punto de que todos los hechos relacionados con el sujeto se referirán según fueron anteriores o posteriores a la mutilación.

La injuria material que significa toda amputación influye intensamente sobre el tono moral, llegando el traumatismo psíquico a revestir, en cierta clase de individuos, tan capital importancia que modifica profundamente su personal manera de ser.

Los médicos que nos dedicamos a la recuperación de mutilados concedemos gran importancia a estos cambios caracterológicos y a las distintas reacciones mentales, debiendo ampliar muy a menudo nuestra labor ortopédica con una acción netamente psicoterápica.

Si queremos ordenar un poco nuestras observaciones fruto de largos años de experiencia, es necesario distinguir dos hechos: primero, *la conmoción psíquica inmediata*, y segundo, *la reacción mental residual* que se instalará definitivamente. Analicemos estos hechos.

LA CONMOCIÓN PSÍQUICA INMEDIATA

Representa ésta un verdadero shock moral condicionado por dos importantes factores, a saber: causa de la mutilación y edad del mutilado.

Con respecto a la primera, podemos asegurar que las mutilaciones por traumatismos suelen ser mucho más depresivas que las que se producen como episodio de una enfermedad preexistente, pues en estas últimas el paciente soporta su pérdida anatómica como un medio terapéutico que mejorará su proceso patológico, y hasta cierto punto podemos admitir que se encuentra ya «preparado psíquicamente» ante tan radical intervención, cosa que no ocurre en aquellos que por accidente de locomoción, deportivo, laboral, siniestro fortuito, etc. pierden súbitamente una extremidad, hallándose hasta aquel momento en el disfrute de su plena higidez.

Hemos dicho que un factor muy importante es la edad, y es a todas luces evidente que el trauma psíquico será mucho más intenso si alcanza al individuo en la plenitud de su vida, aceptando como tal las edades comprendidas entre los veinte y cincuenta años.

Así como en las amputaciones que se llevaron a efecto durante la infancia, y a mayor abundamiento en las congénitas, el niño «se hace» insensiblemente a su mutilación, y de ordinario no se instala en él ningún complejo; tampoco suele ser grave el problema psíquico en aquellos que iniciaron ya la decadencia de su vida física.

CÓMO INFLUENCIAR LA MORAL DEL AMPUTADO

Tan pronto el cirujano acaba de llevar a efecto la operación, es seguro que se verá asediado por su paciente, deseoso de saber si podrá sustituir fácilmente la extremidad que acaba de perder y hasta qué punto el miembro ortopédico le permitirá desenvolverse en la vida.

La pregunta obligada es siempre la misma: «¿Podré seguir desempeñando mi habitual profesión?», «¿Podré realizar eficiente trabajo?», «¿Quedaré inútil?». Sobre este punto hemos de llamar la atención del propio operador para que no se exceda demasiado haciendo concebir falsas ilusiones respecto al resultado funcional y estético de las prótesis, singularmente en la pérdida de una extremidad superior.

Es muy humano que, con el propósito de alentar moralmente al enfermo, no solamente el médico, sino también las enfermeras y sus propios familiares y amigos, unas veces deliberadamente y otras por manifiesta ignorancia, aseguren que con los perfeccionamientos de la moderna ortopedia podrá conseguir una mano artificial que le permitirá efectuar poco menos que todas las funciones normales. Esto, evidentemente, resulta contraproducente, porque crea un falso clima de ilusión que no tendrá traducción práctica en la realidad, ya que, desgraciadamente, a pesar de los innegables adelantos que impulsan constantemente nuestra especialidad, es menester declarar, de una vez para siempre, que la mano del hombre es insustituible.

De muy diversa manera, en cambio, podemos expresarnos cuando se trata de piernas artificiales, porque la sustitución ortopédica de la pierna es felizmente cada día más satisfactoria. A este respecto, las estadísticas, no sólo nuestras, sino de los ortopedistas dedicados a la rehabilitación de mutilados, son bien elocuentes: entre los que perdieron total o en parte una extremidad inferior, el 80 por ciento, aproximadamente, son usuarios de un miembro artificial, y, por el contrario, entre los amputados de extremidad torácica, solamente un 20 por ciento usan prótesis.

Quedamos, pues, en que desorbitar ante el paciente las posibilidades de la ortopedia no conduce a nada positivo, porque origina *a posteriori* una mayor decepción.

Lo más importante, y aquí sí que el cirujano debe hacer hincapié, es hacer entender al interesado que su recuperación no estriba sólo en la adquisición de un buen miembro artificial, sino que juega también destacado papel el *tratamiento preparatorio del muñón* para darle la morfología y soltura necesarias, y la ulterior *reeducación protésica*, es decir, una serie de ejercicios prácticos que deberán efectuarse durante las semanas que siguen a la protesicación.

No basta proporcionar a los mutilados un buen aparato, sino que es menester preparar ortopédicamente el muñón y reeducarlos posteriormente. La recuperación

descansa sobre estos tres puntos: muñón bien preparado, prótesis correctamente ajustada y reeducación subsiguiente.

De la misma manera que para obtener una buena caligrafía no basta con una espléndida estilográfica, sino que son necesarias muchas horas de enseñanza práctica, en el mismo caso se encuentra el mutilado, que no todo debe confiarlo a la prótesis, sino que deberá someterse a unas prácticas de reeducación, sin las cuales jamás lograría sacar el debido provecho de su miembro artificial.

Esto es tan evidente, que a diario podemos constatarlo viendo cómo nuestros pacientes internados en asilos y centros benéficos llegan a resultados funcionales muy superiores a los que obtienen la mayor parte de nuestros clientes privados, siendo así que estos últimos generalmente pueden proporcionarse prótesis de mejor calidad.

Ejercicios físicos postoperatorios

El mejor medio para remontar la desmoralización postoperatoria consiste en prescribir los ejercicios físicos locales y generales. El simple hecho de realizar unas horas diarias «de trabajo» distrae a los operados de sus cavilaciones y ven con ello encarrilado su camino hacia la pronta recuperación; la práctica nos enseña que tan pronto cicatrizó la herida operatoria deben instaurarse los ejercicios físicos, comenzando, en primer lugar, por los locales, o sea, los que se limitan al muñón, para ampliarlos, transcurridas unas semanas, con ejercicios físicos generales, siempre que para estos últimos no exista especial contraindicación.

Consistirán los primeros en *dos sesiones diarias de gimnasia del muñón,* movilizándolo en todos los sentidos, pero cuidando con mucha preferencia los que se refieren a su capacidad de extensión, ya que es necesario conseguir que ésta llegue al máximo. También deben ordenarse *prácticas de masaje,* muy útil para reabsorber exudados y tonificar la musculatura restante. Las *fricciones tónicas* son también muy convenientes para vigorizar el tegumento; toda esta actividad absorbe la atención del interesado, señala para él un objetivo que le distrae de mayor preocupación y proporciona muñones utilitarios. Es *terapéutica ocupacional.*

Los que perdieron una extremidad inferior, cuando tratan de abandonar el lecho no deben servirse de muletas, sino de bastones con apoyo de antebrazo, conocidos clínicamente con el nombre de «bastones ingleses»; la razón es obvia: las primeras son elementos pasivos de sostén, que precisan un mínimo esfuerzo corporal, mientras que los segundos obligan a un activo ejercicio de la musculatura de todo el cuerpo y, consecuentemente, convienen más a nuestra finalidad. Solamente reservaremos, pues, las muletas para personas de edad avanzada o para aquellos cuyo estado general sea muy deficitario.

La reacción mental residual

La reacción psíquica que se instala definitivamente en los mutilados una vez transcurridos los primeros meses de su intervención podemos clasificarla en dos grupos muy bien definidos. Uno, el que podríamos llamar *normal,* y otro, abiertamente *patológico.*

El grupo *normal* lo constituye, como es lógico, la mayor parte de amputados, caracterizándose por una pronta adaptación de éstos a su pérdida anatómica; son aquellos que, una vez pasado el período depresivo inicial, recuperan progresivamente su tono moral y logran una conformidad que les permite acomodarse a su

nueva vida. Dedican sus actividades a profesiones u oficios compatibles con su merma orgánica, realizan con interés su cometido laboral y acusan en todos sus actos una evidente adaptación.

Por la índole de nuestra especialidad, seguimos de cerca la vida social de nuestros pacientes y podemos atestiguar que a este final llegan la inmensa mayoría de los mutilados, por lo menos los residentes en nuestra región; pero, desgraciadamente, no todos acaban así y son varios los que acusan *reacciones netamente patológicas.*

Forman este grupo, afortunadamente muy reducido, aquellos que no saben vencer la conmoción psíquica concomitante a la operación y caen en un verdadero complejo de inferioridad. La tristeza les embarga, se acobardan ante el futuro recluyéndose en el ambiente familiar, y se aislan de sus amistades y de sus antiguos compañeros de trabajo.

Nada consigue distraerles ni animar su melancolía, porque en ningún instante dejan de considerarse excepcionalmente desgraciados; el porvenir les amilana y el síndrome psíquico adquiere tal relieve que deja postergada en segundo plano la acción del ortopedista.

Esta reacción melancólica obedece ciertamente a una predisposición temperamental y, como es lógico, reclama la inmediata y constante intervención del psiquíatra. No se crea que desembocan en esta situación aquellos que pasan por dificultades económicas o que tienen un futuro estrecho, no; porque hemos visto caer en ella a personas que tenían perfectamente resuelta su posición social y gozaban de positiva fortuna que les permitía rodearse de toda clase de comodidades. Casi podríamos afirmar que esta reacción depresiva es precisamente más frecuente entre las clases acomodadas.

Como contrapartida de estos casos, y situados en el polo contrario, están los que adoptan una fácil postura social y se muestran «encantados» con su situación. En realidad, la mutilación les significa un comodín gracias al cual pueden explotar al prójimo renunciando a toda idea de trabajo, aun cuando fuese perfectamente compatible con su déficit físico, llegando incluso a elegir como género habitual de vida la mendicidad más o menos encubierta. Algunas veces, su propia vagancia y su falta de decoro les lleva al enviciamiento y parasitismo social, renunciando, claro está, a toda idea de rehabilitación.

Conocemos docenas de ejemplos que podemos citar, y llenaríamos con ellos un nutrido anecdotario. Sabemos de un amputado bilateral de piernas que, gracias a la caridad pública, sostiene, no sólo a su familia, sino a una amante, y todos los días, una vez recaudado lo que considera «su jornal», regresa a su casa, se coloca las piernas artificiales y pasa las tardes tranquilamente en el cine.

Más de un amputado de brazo nos confesó que mostrando su muñón conseguía diariamente una buena cantidad que le permitía, con sólo seis horas «de trabajo», ir al café y a los toros con su buen cigarro puro. Algunos llegan en su degeneración hasta a traficar con sus prótesis, malvendiendo tantas cuantas las entidades o personas bienhechoras les proporcionan. Explotan la mutilación como «modus vivendi», y aun cuando se les interne en centros formativos, escapan de ellos a la primera ocasión, porque saben muy bien que la pérdida de una extremidad impresiona tan sensiblemente al público, que es el mejor impacto para atraer generosas limosnas. Recordamos a este propósito un paciente al que le aplicamos una pierna artificial por amputación de muslo. Una vez rehabilitado físicamente lo ingresamos en un establecimiento de enseñanza profesional y aprendió el oficio

de sastre. Pues bien, a pesar de haberle proporcionado un buen empleo en su profesión, vive actualmente de la mendicidad, y nos contaba que tomando todos los días un distinto tren de los múltiples que parten de nuestra ciudad, y en recorridos habituales de cincuenta kilómetros, recaudaba en su viaje de ida y vuelta un promedio superior a cien pesetas diarias.

Claro está que cuando se pierde el decoro y se llega tan bajo, es inútil toda idea de recuperación ortopédica, ya que les resulta más cómodo medrar a costa de la sociedad.

RESUMEN

Como consecuencia de la pérdida de una extremidad se producen en el sujeto afectado una serie de repercusiones biológicas que se traducen en importantes cambios psíquicos, unos inmediatos; otros, transcurridos algunos meses, y que determinan reacciones que pueden considerarse, bien como normales o habituales o bien como patológicas.

El autor expone cómo debe actuarse para influir favorablemente en la moral del amputado desde el primer momento desviando su atención de los pensamientos melancólicos depresivos, haciéndole realizar ejercicios físicos postoperatorios y prácticas de adaptación y combatiendo después las reacciones mentales perniciosas, única forma de conseguir una rehabilitación total, física y mental.

Domicilio: Enrique Granados, 153, Barcelona.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 401 - TOMO LXVIII
AGOSTO 1959

CONSEJO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS. DEPARTAMENTO DE FISIOLOGÍA.
Director: Prof. E. ROMO.
CLÍNICA MÉDICA UNIVERSITARIA. Director: Prof. M. SEBASTIÁN.

ESTUDIO FISIOPATOLÓGICO DEL FÓSFORO Y FOSFATOS

POR EL

DR. ENRIQUE ROMERO

PROFESOR ADJUNTO. DIRECTOR S. ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN DE LA CRUZ ROJA.
DEL C. S. DE I. C.

VALLADOLID

ESTUDIO FISIOLÓGICO

CONSTITUYE el fósforo, en sus distintas combinaciones químicas, uno de los elementos de mayor importancia en el terreno metabólico de la fisiología y de indudable valor fisiopatológico. Constituye un elemento indispensable para la vida, ya que la mayoría de las reacciones químicas del organismo, en forma más o menos inmediata, están relacionadas con el fósforo (P) y constituye uno de los elemenos integrantes de la citoarquitectura química de las células y tejidos. Sin embargo, no se describen casos de carencia individuales y no hay una propia patología específica de su falta, debido a que la mayoría de los alimentos son ampliamente ricos en P, por lo cual se asegura siempre aun en condiciones de carencia, el mínimo de requerimiento diario.

Un adulto de 70 kilos de peso contiene aproximadamente 670 gramos, cifra bastante elevada, de la cual el tejido más rico en el mismo es el óseo, ya que en el esqueleto solamente se alojan 530 gramos, encontrándose en un segundo término el aparato muscular, con 58 gramos; posteriormente, el sistema nervioso, y, sobre todo, el encéfalo, con 4'6 gramos, y ya el resto de los órganos contienen cifras inferiores a éstas, como el hígado, tejido tegumentario, intestino, pulmón, riñón, etc.

El feto y el niño en crecimiento tienen mucha menor proporción de P, por lo cual en los estudios analíticos cronológicos destaca la gran avidez por este elemento del organismo en crecimiento y su enriquecimiento, en especial el sistema óseo; esto está explicado por su papel importante en el crecimiento del niño.

METABOLISMO DEL FÓSFORO

El P ingresa por los alimentos, todos muy ricos en él, ya que, a título de ejemplo, diremos que sólo la leche contiene 90 miligramos por 100 gramos, y la carne, algo más de 250 miligramos; el pescado, unos 220 miligramos; un huevo,

140 miligramos, y, por consiguiente, cualquier alimentación otorga el requerimiento mínimo por día, que, según SHOHL (citado por ELOY LÓPEZ GARCÍA), es de 0'88 gramos, aumentándose en los casos de lactancia, embarazo y puerperio. Los niños requieren unos 70 miligramos por kilo de peso y día, por sus grandes necesidades del crecimiento.

El P ingresado por la alimentación es incindido a nivel del intestino hasta liberarse fosfato inorgánico, que es el apto para su absorción, en especial en su forma más alcalina, aunque se encuentra favorecido cuando el pH de su medio es lo menos alcalino posible. El P que ingresa en forma orgánica debe ser también incindido, como en realidad ocurre siempre en todos los compuestos de los principios inmediatos para liberarse el fosfato inorgánico; estos hechos se facilitan en el intestino gracias a fermentos del tipo de las fosfatasas, abundantes en el intestino, y se afirma también la existencia de ciertas citasas introducidas también por la alimentación y que actúan sobre el P vegetal. Para la absorción del P se requiere la presencia de vitamina D, una ingestión también mínima de Ca, y, por el contrario, se dificulta la absorción cuando existen cationes tales como el Fe, aluminio, etc., que forman fosfatos de dichos metales insolubles.

El destino del P absorbido es el siguiente:

1) Una parte va a constituir el P sanguíneo, que luego comentaremos, aunque éste siempre se encuentre como a modo de «fosfato de paso o transeúnte», para circular en sus diversas situaciones, destinos y metabolismo.

2) Otra porción del mismo, la más importante, va a depositarse en los tejidos del organismo y en especial en el esqueleto, encontrándose en las proporciones que ya hemos citado anteriormente y teniendo el valor el del sistema óseo de que actúa dentro de sus cantidades existentes en el mismo, en forma de mecanismo regulador o válvula de compensación, con el P sanguíneo y otras necesidades fisiológicas de este elemento. La función de osteoblastos o formación de hueso y la osteoclástica o destrucción es un fenómeno perenne y continuo, cuya actividad regula la toma de fosfato de sangre o su eliminación (al igual que ocurre con el ión cálcico), hecho dirigido por la hormona paratiroidea. El P de los restantes tejidos actúa en sus metabolismos respectivos y va a formar parte de las estructuras íntimas celulares de numerosos tejidos al constituir el llamado P orgánico, unido a los principios inmediatos.

3) Otro destino del P es su eliminación renal, siendo un elemento que filtra siempre a través del glomérulo, y, por consiguiente, su excreción urinaria depende de su mayor o menor reabsorción tubular. También en este lugar intervienen las paratiroides y, sobre todo, su íntima correlación con el metabolismo cálcico; la repercusión clínica de este hecho funcional estriba en las repercusiones sobre el aparato urinario de este elemento.

4) Otro P no se va a unir a los tejidos ni a las estructuras, sino que se va a encontrar impregnado como importantísimos líquidos del medio interno las distintas células en órganos indispensables para su metabolismo. Nos referimos a que el fosfato forma parte de importantes sistemas fermentativos, siendo indispensables para todos los procesos de fosforilización e interviniendo en numerosas reacciones orgánicas.

5) Hay un fosfato fecal o eliminado por las heces, que, en general, comprende todo aquel que no es absorbido, pero al cual debemos añadir el posible fosfato eliminado por la mucosa intestinal; se acepta que un 60 por ciento del P ingresado es eliminado por la orina, y el resto, por las heces.

Fósforo sanguíneo.—Dentro de la sangre, el P se encuentra en muy diversas formas, que vamos a reseñar:

1) En los hematíes existe en una proporción de 80 u 85 miligramos por ciento, en forma orgánica, combinado con los ésteres fosfáticos y con los fosfátidos.

2) Fosfato inorgánico. Se encuentra circulando en tal estado a la concentración de 30 a 50 miligramos por mil de sangre total, siendo en suero la cifra algo menor por restar el P de los hematíes (3 a 4 mg. por ciento).

3) El P total, que comprende todas las distintas formas de presentarse en sangre, se eleva a una cifra de 320 a 380 miligramos por ciento (MARAÑÓN), siendo en el niño algo más elevadas que en el adulto.

4) Fósforo orgánico. El P se encuentra formando parte de numerosas moléculas químicas de nuestro fisiologismo, como son los llamados ésteres fosforados, debidos a esta peculiaridad química de la esterificación, y dentro de ellos tenemos los glicerofosfatos, hexofosfatos, fosfogliceratos, etc. También tenemos los lipoides que contienen P, como son los fosfolípidos con sus principales constituyentes, lecitina, cefalina, etc. Por último tenemos las combinaciones del P con las nucleínas, que constituyen los nucleoprótidos fosforados.

Todavía podemos incluir dentro de la sangre, aunque su interés radica en su acción a nivel de la célula, los sistemas fermentativos que contienen P y de las vitaminas, algunas de las cuales también poseen en su molécula el P.

REGULACIÓN DEL METABOLISMO DEL FÓSFORO

Los mecanismos fisiológicos que intervienen en mantener las cifras de fosfatasemia con fosfatemia, de la fosfaturia y, en general, de todo el metabolismo intermediario del P, son fundamentalmente los siguientes:

1) La entrada del P, vinculada a las posibles facilidades o dificultades en la ingestión del mismo, y en especial en su absorción.

2) A la glándula paratiroidea, que por su hormona segregada nos regula, junto con el Ca, el metabolismo del P.

3) Las glándulas suprarrenales han sido muy discutidas sobre el papel que ejercen en el metabolismo del P, y de todas las investigaciones, la más aceptada y admitida es la de que intervienen en los fenómenos de la fosforilización, no sólo para la normal absorción de los distintos principios inmediatos y, sobre todo, de los hidratos de carbono, sino para los fenómenos bioquímicos de la fosforilización en general a nivel del músculo y otros tejidos.

4) Con el metabolismo del Ca la regulación es imprescindible y se sucede una a otra con exquisita regularidad, como hemos podido estudiar en el capítulo anterior y en el de paratiroides. En nuestra Patria, MORATA GARCÍA, ESPINAR y ORTIZ DE LANDÁZURI (1956) realizan la prueba de la sobrecarga de Ca en vena, observando que siempre la hipercalcemia provocada por esta inyección determina un aumento en la reabsorción de los fosfatos a nivel del túbulo renal, posiblemente por una inhibición de la glándula paratiroidea.

Las hipercalcemias siempre llevan consigo una elevación de los fosfatos con una mayor eliminación por orina.

5) La vitamina D no solamente es requerida para la normal absorción intestinal, sino para todo el juego metabólico de la osificación y otras reacciones orgánicas, por lo cual su fisiopatología, como se estudiará en el capítulo de dicha vitamina, se vinculan con especial predilección al metabolismo del P y del Ca.

Fosfatasas

Son compuestos enzimáticos o fermentos de tipo de esterasas (realizan esterificaciones o uniones en forma de éster), que catalizan en nuestro organismo todas las funciones de los ésteres del ácido ortofosfórico, tanto en sentido anabólico como catabólico; por consiguiente, son capaces de hidrolizar estos ésteres o, por el contrario, de sintetizarlos. Se encuentran en enorme proporción en el hueso, ya que son los encargados de realizar bioquímicamente la osificación en sus funciones osteoblástica y osteoclástica, y de esta forma, o bien tomar el fosfato de la sangre, o bien verter a ella dicho elemento; también se encuentran en los cartílagos, mucosa intestinal, la mama, riñón, pulmón, hígado, bazo, etc.

Dentro de la función de los ésteres pueden existir diversas fosfatasas, según el tipo de ésteres fosforilados sobre el que actúe, siendo casi exclusivamente de interés en fisiología y patología, los que actúan sobre los monofosfoésteres, que son los que poseen un solo grupo o molécula de ácido fosfórico. Estas monofosfoestearasas constituyen las que en general en clínica denominamos fosfatasas, que se dividen en dos tipos o clases desde el punto de vista de su actuación:

1) La fosfatasa alcalina es aquella que actúa en un pH alcalino, como es fundamentalmente la que actúa en el metabolismo óseo.

La fosfatasa ácida es la que actúa en un pH ácido de 5'5, siendo de menor interés e importancia, encontrándose en cifras de tres unidades por 100 c. c. de suero sanguíneo. Se relaciona fundamentalmente con la próstata, ya que, a partir de la pubertad, esta glándula contiene gran cantidad de la misma y por ello sirve clínicamente, porque su gran aumento señala la posible existencia de un carcinoma prostático, sobre todo si tiene ya metástasis en los huesos.

Como ya hemos dicho anteriormente, es la fosfatasa alcalina la de mayor interés que actúa en la osificación y metabolismo óseo, en la absorción intestinal y en el propio riñón, y dentro de este último tiene especial interés la absorción de la glucosa por ella. También interviene en el metabolismo intermediario de los hidratos de carbono y en propia síntesis de las proteínas celulares. Las cifras de fosfatasa alcalina normales dependen de las unidades en que se dosifique, siendo de la cifra media para las de Bodansky la de alrededor de las 7 unidades, con una variación asimismo normal de 4 a 11. Para algunos autores, como Balcells, la cifra media no debe elevarse de 5 unidades Bodansky. Cuando se miden unidades King-Armstrong, las cifras normales son de 4 a 13, siendo algo más elevadas en el niño.

Funciones del fósforo

Desde un punto de vista fisiológico, el P, en sus distintas composiciones químicas, interviene en los siguientes procesos fisiológicos:

1) En el metabolismo óseo, tantas veces citado, en correspondencia con el Ca y paratiroides.

2) En todos los procesos enzimáticos de reacciones químicas de los principios inmediatos en su metabolismo intermediario, en los cuales intervengan la esterificación del ácido fosfórico o fosforilización. Sobre el metabolismo de los hidratos de carbono (cuya acción puede anularse por la intoxicación de floridcina o por la extirpación de las suprarrenales), en la absorción a nivel de los tubos renales de los glícidos y en las fosforilizaciones que se determinan en el resto de los principios inmediatos, sean lípidos o proteínas, que ya han sido estudiados en capítulos precedentes.

3) En la constitución de diversas vitaminas, las cuales poseen P, y en sus combinaciones con ella, como ocurre con algunas del grupo B, ya que, por ejemplo, la tiamina o vitamina B_1, se hace activa cuando se une con el ácido pirofosfórico, que tiene especial interés porque forma la carboxilasa o fermento que suprime del ácido pirúvico el carboxilo en el metabolismo de la glucosa. La riboflavina, para ser activa, también se une con ácido fosfórico y precisamente forma la parte activa del fermento amarillo respiratorio de Warbug.

4) El P interviene en la regulación del equilibrio ácido básico en forma de tampón y por su relación entre fosfatos ácidos o fosfatos alcalinos, según la sustitución o no, de sus H por cationes; su eliminación en forma alcalina o ácida, por la orina, contribuye de manera muy eficaz al mantenimiento del pH sanguíneo.

5) Interviene en forma secundaria al metabolismo óseo citado anteriormente en el desarrollo del crecimiento del niño, y tienen tal interés sus necesidades y requerimientos, que clásicamente se le había otorgado el título, a los fosfatos, de verdadera «hormona inorgánica del crecimiento».

6) Especial interés presenta en una modalidad práctica el papel que el P puede guardar en el mantenimiento de un metabolismo normal de la célula nerviosa, y por algunos autores, los elementos químicos, en general fosfolípidos, contenidos en el neuroeje, son indispensables para el mantenimiento de un perfecto estado psíquico o intelectual; de ello se deriva en su forma más profana la utilización de los reconstituyentes a base de P, para estos estados de escasa capacidad de concentración, memoria, etc. Es tan corriente este hecho y divulgado, que todos los médicos tenemos numerosos ejemplos de pacientes que acuden a nuestra consulta solicitándonos algunas de estas medicaciones, pues, según dicen, «Yo creo que ando escaso de fósforo».

Fisiopatología del fósforo

En general, la mayoría de las alteraciones del P son estudiadas en los distintos capítulos relacionados con el mismo; pero aquí expondremos la enumeración de los síndromes o alteraciones más importantes de este elemento.

Hipofosfatemia.—Se determinan cuadros de déficit de fosfato exteriorizado analíticamente por la disminución de la fosfatemia cuando se perturba alguno de los factores reguladores de su metabolismo, como ingestión, absorción, proporción del Ca, enfermedades renales, alteraciones del paratiroides, etc. Los principales cuadros de hipofosfatemia que pueden producirse son fundamentalmente en los siguientes casos:

1) En el raquitismo y en todos los estados deficitarios de vitamina D (Fanconi, 1951).

2) En enfermedades intestinales que cursan con alteración en la absorción o síndromes denominados de mala absorción, fundamentalmente la celiaquia.

3) En enfermedades metabólicas genéticas de algunos aminoácidos, como la aminoaciduria crónica con o sin cistinosis, muy bien estudiada por Fanconi.

4) En la diabetes de fosfatos de tipo renal, descrita por Fanconi.

5) En el síndrome de Ligthwoot-Albrigth de tipo renal con acidosis.

6) En los casos de hiperparatiroidismo.

7) Puede presentarse también, aunque no con carácter general, en el cáncer de los huesos y en el tratamiento insulínico (Marañón).

La exteriorización clínica de estos casos se debe fundamentalmente a la ver-

dadera causa; pero si consideramos el síndrome de hipofosfatemia, las alteraciones más importantes que pueden presentarse son las siguientes:

1) Trastornos en el metabolismo óseo o retardos de crecimiento, y en ocasiones detención del mismo, formándose verdaderos enanismos.

Dentro de este trastorno óseo no solamente pueden presentarse estos enanismos o hipoevolutismos, sino también irregularidades en la osificación con especiales ósteodistrofias.

2) Trastornos del sistema nervioso con cierta tendencia al retardo mental en numerosas ocasiones.

3) Pueden acompañar síntomas vagos y generales, como la astenia, apatía, anorexia, etc.

Fosfaturia.—Se denomina así la eliminación de fosfatos por orina cuando se realiza en proporciones superiores a las habituales. Ya ha sido considerado en la fisiopatología urinaria y se caracteriza por la mayor abundancia de las sales inorgánicas fosfóricas o fosfatos que se sedimentan y que han constituído hace muchos años una entidad clínica muy utilizada por los médicos, que cada vez se le otorga menos interés. Hay una fosfaturia de tipo propiamente dicho, como ocurre cuando se altera el normal metabolismo o regulación del P, cuando hay una excesiva absorción o ingestión del mismo y otra falsa fosfaturia originada por la eliminación de fosfatos en un afán compensador del organismo para regular el equilibrio ácido-base; tal ocurre en las hiperclorhidrias, en la tendencia al estado de alcalosis.

Patológicamente se presenta hiperfosfaturia en los siguientes casos:

1) En los estados de hiperparatiroidismo, en el mieloma y en algunos sujetos de fondo neurótico.

2) La diabetes fosfatúrica o de fosfatos se trata de una entidad familiar de causa renal y determina un síndrome de raquitismo caracterizado por su resistencia a la vitamina D, ya que su mecanismo es de origen renal por el trastorno en su absorción.

Síndrome de hiperfosfatemia.—Es el caracterizado por el aumento de P en sangre, y se presenta como fundamental en el estado de hipoparatiroidismo, así como en otros síndromes que producen tetania, como en las deficiencias en Ca o hipocalcemias y algunas enfermedades endocrinas.

En los estados de insuficiencia renal, por su dificultad para la filtración glomerular.

En las ósteodistrofias y enfermedades del aparato locomotor, como incluso las fracturas cuando se encuentran en fases de calcificación.

En las intoxicaciones o hipervitaminosis D, como se han descrito en especial en los niños con gran ingestión de leche rica en esta vitamina.

También hay aumento en la insuficiencia suprarrenal, en la insuficiencia hepática grave, obstrucción intestinal, leucemia mieloide crónica y coma diabético (BALCELLS, 1958).

Hipofosfaturia.—Los fosfatos urinarios deben encontrarse disminuídos en los siguientes casos:

1) En el hipoparatiroidismo.

2) En el raquitismo y ósteomalacia y, en general, en los casos deficitarios de vitamina D.

3) Cuando existe una gran ingestión de Ca o Mg.

Clínicamente, las alteraciones de la fosfaturia en sentido de más o de menos, no presentan rasgos semiológicos de interés, aunque se describe en los casos de hiperfosfaturia la posible presentación de dolores renales e incluso el desarrollo de una verdadera litiasis renal por precipitación de los fosfatos.

Desde un punto de vista neuropsíquico, las fosfaturias van acompañadas de estados de astenia, apatía, fatigabilidad mental, escasez de memoria, dolores de cabeza, y algunos autores describen hasta trastornos o molestias en epigastrio, posiblemente unidas a las modificaciones del equilibrio ácido-base. Lo difícil es interpretar si estas alteraciones generales de la hiperfosfaturia son ocasionadas por ésta o si a su vez no son la consecuencia, sino la causa, ya que hemos indicado lo frecuente que es la gran eliminación de fosfatos en las personas taradas desde un punto de vista neuropsíquico.

Hipofosfatasemia.—Nos referimos en este apartado a la fosfatasa alcalina, que puede encontrarse disminuída en el hipotiroidismo infantil, en la deficiencia en vitamina C, excepto durante la calcificación de las hemorragias, y en algunos síndromes de mala absorción.

Hipofosfatasia.—Se trata de un síndrome o afección de relativa rareza, que en 1948 describió RATHBUN en un niño de tres semanas, y que se caracteriza por una alteración del esqueleto consecutivo a una falta o déficit de la fosfatasa alcalina.

Es más frecuente en los niños, aunque también se han descrito en los adultos, y se caracteriza clínicamente por la producción de un verdadero raquitismo con detención del crecimiento, deformidades óseas, pérdida precoz de la dentadura y, en ocasiones, cierre precoz de las fontanelas, que origina en forma secundaria una cráneoestenosis y ceguera (MC. CANCE y colab., 1955).

Desde un punto de vista analítico, los datos más importantes son la ausencia de signos de insuficiencia renal, cifras de P sanguíneo normales o sólo ligeramente elevadas, y como datos semiológicos importantes, la gran disminución de la fosfatasa alcalina y el hallazgo de un monoéster fosfórico anormal en la orina y plasma, que se llama la fosfoetanolamina. En ocasiones hay una hipercalcemia coexistiendo con estos casos.

Hiperfosfatasemia.—La fosfatasa alcalina puede encontrarse también aumentada en las siguientes ocasiones:

1) En determinadas distrofias o enfermedades óseas, como en el hiperparatiroidismo, en la enfermedad de Paget (que se alcanzan cifras hasta de más de 200 U. B.) y las neoplasias de tejido óseo, ya primitivas o metastásicas.

2) En el cáncer de próstata, al lado de la hiperfosfatasemia ácida hay también un aumento de la alcalina.

3) En la insuficiencia hepática pueden encontrarse ligeros aumentos, pero el principal valor radica (BALCELLS y colab.) en que en la ictericia obstructiva tiene una gran elevación por encima de las 20 unidades, hecho raro de encontrarse en las ictericias de índole parenquimatosa.

4) Hay una moderada hiperfosfatasemia en el raquitismo, hipertiroidismo grave, leucemia, tuberculosis grave y otras enfermedades malignas de la sangre.

RESUMEN

Se hace un estudio fisiológico del fósforo, elemento indispensable para la vida, y de las fosfatasas, describiendo sus funciones en el organismo y a continuación los síndromes o alteraciones más importantes de este elemento.

Dirección: Muro, 4. Valladolid.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 401 - TOMO LXVIII
AGOSTO 1959

INSTITUTO DE LA CLÍNICA DERMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE TORINO
SECCIÓN DE CIRUGÍA PLÁSTICA. Director: Prof. A. MIDANA.

EL USO DE LA HEMOCOAGULASA KLOBUSITZKY EN CIRUGIA PLASTICA

POR EL

DR. MARIO VISETTI

AYUDANTE EXTRAORDINARIO

TORINO (ITALIA)

La solución del problema de la hemostasia en cirugía, y particularmente en cirugía plástica, presenta, evidentemente, notables dificultades de carácter práctico para el operador, que en su trabajo de todos los días se encuentra siempre frente a la cuestión de la hemorragia y la forma de evitarla. Con frecuencia, en realidad, el resultado brillante de una intervención está relacionado, no tanto con la técnica utilizada como con una hemostasia perfecta. Basta pensar, por ejemplo, que la hemorragia constituye un impedimento considerable para que el injerto arraigue, y, por consiguiente, lo son los hematomas que se producen debajo, a nivel de la superficie receptora.

Esta contingencia es particularmente temible cuando se opera con anestesia local: cualquiera que sea el preparado, en el líquido anestésico contiene siempre adrenalina o sustancias similares, que provocan inmediatamente una vasoconstricción en la zona de los capilares y de los precapilares. Al cesar dicha acción vasoconstrictora, que puede perdurar por más o menos tiempo después de realizada la operación, según se haya rociado o bañado más o menos abundantemente el campo interesado, y también según la sustancia que se haya utilizado, seguirá una fase de vasodilatación; si en los vasos pequeños no se han formado todavía trombos, asistiremos a la producción de una hemorragia postoperatoria, que muchas veces no se puede descubrir más que por la acción de la primera medicación y que podrá haber influído desfavorablemente en los resultados obtenidos, aunque no traiga como consecuencia un fallo total de la intervención.

De todo esto se deriva, por consiguiente, que el operador que se dedica a la cirugía plástica debe atender, no sólo a lograr una hemostasia lo más exacta y perfecta posible (que difícilmente se puede conseguir cuando se opera, por ejemplo, en el tejido adiposo), sino también emplear las sustancias que pueden favorecerla acelerando la trombosis en todo el campo operatorio, y ello por un largo período de tiempo posterior a la operación.

La cuestión de la hemorragia masiva arterial o venosa (hemorragia vasal) no constituye, en verdad, un problema insoluble para el cirujano: en realidad, en tal

eventualidad no hay más que una solución: el chorro hemático debe frenarse mediante una ligadura del vaso, o bien con la diatermocoagulación. El aspecto que en realidad nos interesa, y que constituye el objeo del presente trabajo, es el de las hemorragias capilares y parenquimatosas, en gotas o en borbotones. En estos casos, la posibilidad de una terapéutica similar a la expuesta para el caso anterior tropieza con grandes dificultades técnicas, debido al gran número de pequeñas bocas vasales que cubren la superficie del corte; en estos casos se impone una terapia local o general. Es infinito el número de sustancias hemostáticas que se recomiendan para ser empleadas en el campo quirúrgico con el fin de aumentar la coagulabilidad de la sangre y frenar la hemorragia (BRUCK y SALEM) y que responden a dos requisitos indispensables: demostración de una eficacia real y menor acción tóxica posible. Hoy, el fenómeno de la hemocoagulación se estudia en todas sus particularidades; el proceso está ligado a la transformación de la protrombina en trombina por la acción de la tromboplástica (en presencia del calcio, factor V y convertina); la trombina, a su vez, cambia el fibrinógeno en fibrina. Por efecto de un fermento de los trombocitos (retractozima) se verifica la extracción del suero del coágulo y la solidificación del trombo.

La hemocoagulasa Klobusitzky [1], *que se considera como el más activo entre los hemostáticos, responde a la acción de acelerar este proceso natural.* Esto, sobre todo, a consecuencia de los estudios o experiencias realizados por BRUCK, que describe un método que, empleado en las intervenciones de cirugía plástica, tipo Thiersch, permite controlar la acción hemostática desarrollada por el fármaco suministrado por vía parenteral. El procedimiento propuesto por dicho autor es el siguiente:

Se practica, primeramente, una toma de injerto dermo-epidérmico de un muslo del paciente; se determina el tiempo que tarda en contenerse la hemorragia y se mide la cantidad de sangre perdida, pesando las gasas usadas una vez que se haya conseguido la hemostasia. En este momento se inyecta una ampolla de la hemocoagulasa por vía subcutánea y otra por vía endovenosa.

Pasados quince minutos, se toma un injerto libre de la parte opuesta del muslo, de las mismas dimensiones del que se tomó anteriormente, y se repite la determinación de la misma forma. Comparando los datos recogidos en ambas fases del experimento, el autor deduce que con la administración de la hemocoagulasa Klobusitzky se acorta el tiempo de hemorragia en la mitad, por término medio, y la pérdida de sangre se reduce a menos de un tercio; de todo esto saca la conclusión de que el fármaco ha producido un efecto hemostático más marcado que ningún otro producto de acción similar usado en la misma forma.

El poder hemostático de la solución de veneno de serpiente (trigonocéfalo, víbora cadena, aspid atigrado, víbora de cuerno, la serpiente de anteojos, la serpiente lanza) ya se conoce desde hace mucho tiempo; tal acción viene determinada por un enzima específico definido por KLOBUSITZKY como hemocoagulasa.

Dicho enzima es un producto obtenido partiendo del veneno extraído de las serpientes del Brasil, de la raza de la víbora, de la especie *Bothrops Jararaca* y *Lachesis Atrox*, y se encuentra en el comercio en viales para ser suministrado por vía parenteral (subcutánea, intramuscular y también endovenosa). El producto, desprovisto de neurotoxinas, de sustancias albuminoides y de otros factores farmacológicamente activos del veneno de la serpiente, contiene solamente los componentes coáguloacelerantes.

[1] La sustancia se encuentra en el comercio, con el nombre de «Reptilase».

También nosotros hemos querido emplear estas sustancias a fin de observar si se podía obtener un hemostático de acción más intensa que la obtenida con los productos de efecto coáguloacelerante, como el calcio, la pectina, el A. T. 10, el manetol, el coaguleno, el clauden, etc.

Los resultados han sido tales, que durante casi un año, en nuestra práctica operatoria, hemos usado constantemente la hemocoagulasa, que ha venido a sustituir a todos los demás hemostáticos que se empleaban anteriormente en la clínica, tanto por lo que respecta a la profilaxis como por lo que se refiere a la terapéutica. La fase experimental nos ha convencido, realmente, de su acción más segura, más rápida y más prolongada en las hemorragias, en comparación con otros preparados, porque no se producen efectos colaterales. La duración de su acción, y ésta es su mayor ventaja, varía entre un mínimo de setenta y dos y un máximo de noventa y seis horas; este período de tiempo ofrece un margen notable de seguridad en la evitación de las hemorragias tardías postoperatorias. En realidad, este período es suficiente, no sólo para permitir la completa trombosis en todos los vasos cortados, sino, y sobre todo, para dar lugar a que se forme un tejido de granulación en las superficies circundantes sangrientas, que estrangula permanentemente el peligro de aparición de hemorragias tardías.

Cae de su peso que recurrimos al fármaco en cuestión en el terreno de la profilaxis, solamente al aparecer los trastronos coagulatorios en el sujeto de la operación, revelados por las pruebas hemáticas que se realizan antes de toda intervención y principalmente en aquellos casos en los que se presume que la pérdida de sangre pueda ser abundante, por la mayor irrigación hemática del campo operatorio.

A este fin se inyecta una ampolla de hemocoagulasa por vía subcutánea, una hora antes de realizar la intervención, y si la hemorragia que se produce durante la operación sobrepasa los límites normales, o bien resulta insuficiente la hemostasia directa, se administra una segunda ampolla por vía endovenosa, y mejor aún, si se tiene por vehículo el líquido de la fleboclisis. Este procedimiento, mientras que por una parte no aumenta la acción del hemostático por encima de un cierto nivel, por otro lado presenta ventajas porque asocia la acción más rápida de la inyección endovenosa al efecto más duradero de la inyección intramuscular. Dado que la hemocoagulasa, aun en estas dosis, está absolutamente exenta de efectos colaterales, pensamos que tal asociación resulta ventajosa. La única variante de este esquema corresponde a los casos en que los pacientes tienen menos de diez años, en los que se suministra solamente la mitad de la dosis habitual.

Para completar este estudio, nos parece útil aludir a las indicaciones de la hemocoagulasa en el terreno de la profilaxis; esto es, en aquellos casos en los que se puede emplear con éxito.

En todas las intervenciones con injertos libres del tipo Thiersch o del tipo Davis, nosotros consideramos que su uso reviste la misma importancia que la asepsia y la antisepsia. La pérdida hemática se reduce, no sólo en la región de la que se toma el injerto (cosa sumamente útil cuando se opera, por ejemplo, una quemadura grande), sino también en la parte que ha de recibir dicho injerto, con la consecuencia de una hemostasis mucho más segura y un peligro sumamente disminuído de la producción de una hemorragia tardía, que podría llegar a dar lugar a que la materia del injerto se despegase.

En la operación de raspado de la pirámide nasal para la reducción del rinofima, el cirujano opera sobre un terreno sumamente irrigado, en donde los vasos están metidos en un tejido netamente anelástico y fibroso que no permite ni la retracción

de las paredes de los vasos ni la operación de sujetarlos con pinzas de Kocher; en tal caso la hemostasis resulta casi del todo imposible, con la correspondiente y abundante pérdida hemática. El campo operatorio permanece, además, sumergido en un verdadero lago hemático que impide desarrollar exactamente la fina acción modeladora del bisturí. De esto se deriva que todos los medios que puedan servir para impedir la hemorragia resulten de gran utilidad práctica. En estas intervenciones, la hemocoagulasa nos ha ayudado en el raspado, permitiéndonos seguir los movimientos del bisturí, abreviando el tiempo de la operación y reduciendo el período de salida de sangre. En este caso es útil la práctica de recurrir, según cuanto hemos expuesto anteriormente respecto a la dosificación, a una inyección intramuscular antes de efectuar la intervención, y otra intravenosa en el transcurso de la misma.

Todo operador especializado en cirugía plástica conoce por experiencia lo temible que es la hemorragia incontenible que se puede presentar en el transcurso de una intervención encaminada a la extirpación de angiomas, especialmente en el caso de formas cavernosas en pacientes pequeños, en los que es necesario reducir al mínimo la pérdida de sangre. Además, cuando la masa angiomatosa, por su magnitud, no pueda ser enucleada en su totalidad y se hace preciso destruirla en intervenciones sucesivas, es indispensable incidir en el parénquima del angioma; entonces, de la superficie del corte se produce una gran salida de sangre que puede tener graves consecuencias, incluso para la vida del paciente. En tal eventualidad, la aplicación de una abundante dosis del hemostático que nos ocupa puede prestar bonísimos servicios, permitiendo operar con tranquilidad por su acción masiva y, sobre todo, duradera.

En la preparación de los bordes tubulados (o enrollados), la grasa que constituye el hilio está abundantemente regada por pequeños vasos que pueden dar lugar a una hemorragia, con el consiguiente hematoma, causa a su vez de liponecrosis; en este caso, la línea de sutura se despega y permite así la salida del líquido. Esto da lugar a que los bordes se recubran de un tejido fibroso cicatrizante con retracción cutánea e impedimento de la circulación hemática orientada por los conductos paralelos al eje longitudinal. Tal obstáculo mecánico que obstruye los vasos es perjudicial a la supervivencia del borde en los sucesivos estados migratorios; es, pues, de suma importancia la perfecta hemostasia en el momento de la preparación del tubo cutáneo. Para evitar este incidente, todas las sustancias que frenan la hemorragia son de utilidad práctica. Además, por la instauración de hechos trombocitarios en los vasos pequeños, se disminuye también el número de vías basales que necesitan ser sujetas con pinzas y coaguladas, reduciendo de esta manera notablemente las islas de material o tejido necrosado, consiguiente a la diatermocoagulación y que pueden ser causa de focos de ablandamiento en la superficie de los bordes.

Es, pues, fácilmente comprensible que, también en este caso, la hemocoagulasa puede tener una notable influencia respecto al éxito operatorio, por su poder de inhibir enérgicamente la posibilidad de que rezume sangre en el interior de los bordes.

Estas mismas ventajas son también muy valiosas para todas las demás intervenciones en el campo de la cirugía plástica, en las que la hemorragia representa, junto a la infección, la complicación más temible: la que la plastia, la mastoplástica, la otorrinoplástica, etc.

En conclusión, de todo lo que hemos expuesto, es posible afirmar que la hemocoagulasa Klobusitzky representa una ayuda para el cirujano en la cirugía plás-

tica, puesto que su uso reduce notablemente el peligro de hemorragias durante la operación y, sobre todo, después de ella, mejorando así las probabilidades de éxito de cualquier intervención en el terreno de la cirugía plástica.

RESUMEN

Se ponen de relieve los inconvenientes y dificultades de carácter práctico que ofrece la hemostasia en cirugía y de manera particular en las intervenciones plásticas y cómo con el empleo de la hemocoagulasa, que acelera el proceso hemostático natural, se reducen para el cirujano los inconvenientes y peligros, tanto durante la intervención como después de ella, mejorando así las probabilidades de éxito.

BIBLIOGRAFÍA

BRUNK.—*Wien Klin. Wsch.*, 32, 571. 1957.
BRUNK y SALEM.—*Wien Med. Wsch.*, 66, 395. 1953.
KLOBUSITZKY.—*Klin. Medizin H.*, 7. 1954.

Dirección: Clínica Dermatológica Universitaria. Torino (Italia)

AFORISMOS GASTROENTEROLOGICOS

En el megaesófago: dilatar (instrumentalmente) y no operar; en la perforación ulcerosa: no dilatar (el tiempo) y operar.

* * *

La clínica se dejó sacar los ojos, los oídos, la nariz y la garganta, el corazón, el pulmón, el riñón y los genitales, la piel y el humor, pero nunca se podrá desprender del vientre para enriquecer una especialidad, aunque ésta se llame gastroenterología o digestología. Gracias a ello los clínicos podrán seguir enseñando que el organismo es una funcionalidad única e indivisa.

* * *

La gastroenterología, o mejor, digestología, es la única especialidad no especializada. El 90,2 por 100 de los órganos que estudia están en el vientre, y el vientre es la caja de Pandora de la actual y futura Medicina.

* * *

Los análisis de laboratorio, como las declaraciones «juradas» de bienes, no siempre corresponden a lo que tiene el enfermo o el propietario; ello ocurre porque en ambos casos se emplean números, y el organismo es antinumeral por antonomasia.

* * *

El vómito y la diarrea han sido y son la primera clínica psicosomática del ser humano, porque hacen diagnósticos, pronósticos y terapéutica.

* * *

Dispepsia no es una enfermedad; siempre ha sido la denominación abstracta y confusa de un conjunto de afecciones gastroduodenales y hepatopancreáticas que abarcan más de la mitad de la digestología moderna.

* * *

La úlcera gastroduodenal, como todas las enfermedades, es víctima propicia de «curas» dietéticas milagrosas llamadas del: repollo, papas crudas, nabo, arroz o miel. El empirismo, léase charlatanismo, habla de factores anti-tal, casi siempre desconocidos o discutibles; la ciencia habla de minerales o vitaminas que no es difícil encontrar en cualquier elemento comestible.

Dr. JUAN NASIO

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 401 - TOMO LXVIII
AGOSTO 1959

SENTIMIENTOS DE PROPIEDAD

POR EL

DR. GREGORIO NIETO NIETO

NEUROPSIQUÍATRA DEL SEGURO O. DE ENFERMEDAD

SORIA

SENTIR inmplica conocimiento —*yo siento*—. Si el yo no existe, es difuso, nebuloso, ilimitado, *no se siente*; es preciso el yo claro, nítido, concreto, preciso, limitado, para sentir. ¿Y qué es lo que se siente, lo que siento? Pues, sencillamente, todo cuanto hiere mis antenas sensoriales, toda clase de estímulos que tocan o conectan con mis sentidos, con mis neuronas centrípetas periférica y que llevan esa sensación a los centros sensitivos conscientes cuyo centro ocupa el yo y que de allí lo lanza a lo volitivo, motor, muscular, traduciendo en la conducta todo lo que se siente, ha sentido y lo que ha de sentir, elaborado con una precisión exquisita y matemática que aún escapa a la ingente investigación y experimentación del hombre.

Y es que los estímulos que acusa la sensación lo hace a velocidades de centésimas y milésimas de segundo; hieren profundamente en el blanco de la conciencia, pasan raudos a su través, son almacenados en su periferia y dejan huellas más o menos intensas que luego serán nuevos estímulos que agrandan complejos sentimentales y actuarán de mil formas en la conciencia, voluntad, motoridad, en fin, conducta de la personalidad.

La sensación está dispuesta a recibir estímulos específicos: el ojo, los lumínicos; el oído, los sonoros; el tacto, los roces, dolor, calor, frío; el gusto, sabores; al olfato, olores, siguiendo la ley de Muller, por la que cada órgano sensorial acusa los estímulos para los que está dispuesto y no los otros.

La sensación es la primera estación del sentir; pero no porque ella exista se siente precisamente; puede mirarse sin ver, oír sin escuchar, etc.; es necesaria la *percepción*, o sea, acusar, percibir la sensación, y entonces sí se siente; es necesaria la *atención* para fijar más o menos profundamente la sensación percibida, y ya para formar los complejos conscientes del *sentimiento*, es precisa la *memoria*, la asociación de imágenes, la de ideas y, al fin, la razón y la crítica; y como fuerzas aglutinadoras, dispersoras, desviadoras de los sentimientos, están la sugestión, la afectividad (querer, rechazar), la intelectividad o suprema elaboración de los estímulos trabajados a través de todas las funciones mentales para determinar la actividad, la actuación de la personalidad en el medio ambiente.

Doctrina del In Yo: Salzurazawa

Dos actividades antagónicas actúan sobre el cuerpo humano: *In*, tendencia al reposo, al peso, al frío, a la humedad, a la materia; fuerza vasoconstrictora centrípeta. *Yo*, tendencia a lo ingrávido, al calor, a la sequedad, a la actividad; fuerza vasodilatadora centrífuga.

El ser humano es un producto del medio, al que refleja exactamente; tanto medio externo como medio interno están constituídos por una aglomeración de *In Yo*, y la medicina china, basada en el *In-Yo*, tiende al equilibrio de estas dos partes, excitando por la acupuntura los meridianos orgánicos en que se reflejan todos los órganos internos.

En Química, la actividad Yo, representada por el sodio; la actividad In, por el potasio. Metales amarillos, oro, cobre, con poder Yo; metales blancos, plata, platino, cromo, cualidades In.

El fenómeno del segundo de Haecnecke o suprimir instantáneamente el dolor por medicamentos inyectados a distancia. ¡Acción focal del Impletol!

Disquisiciones psicofilosóficas

La Tierra es una molécula en la inmensidad del espacio, entre los millares y millones de estrellas, que son moléculas semejantes a ella, más que obedecen las leyes inmutables de la gravitación en una exquisita disciplina; moléculas que giran alrededor de su eje y alrededor de otra molécula denominada Sol y en inmensos sistemas que van a un fin desconocido para la infinita pequeñez del hombre.

Y en la Tierra se hallan los enormes depósitos de minerales distribuídos por su superficie y sus entrañas, que son los que el hombre denomina riquezas y trata de *apropiárselas*, extrayéndolas, elaborándolas, transformándolas en cosas y formas utilizables; pero él no *crea*, ni jamás ha creado nada, ni lo creará; sólo hace transformar.

De estos depósitos de minerales sólo hay unos cuantos sobre los que asienta la *vida*, y de sus actividades surge todo el desarrollo vital, y son, fundamentalmente, el *oxígeno*, *nitrógeno*, *hidrógeno* y *carbono*, que están en el suelo y en la atmósfera; por eso decimos: La vida se desarrolla alrededor de la gota de agua estructurada, cuyo núcleo es el carbono.

Mas hay energía, movimientos, alrededor de cada uno y la totalidad de los cuerpos simples y compuestos; pero sólo hay vida alrededor del C-O-H-N.

El uranio despide esos rayos energéticos penetrantes, lo mismo que el radio y todos y cada uno de los metales y metaloides que despliegan sus valencias y se combinan entre sí, se aglomeran, se dispersan.

Mas alrededor del C-O-H-N actúan el hierro, el magnesio, el manganeso, el cloro, el sodio, el azufre, el iodo, el flúor, calcio, etc., que modelan y complican la gota de agua estructurada alrededor del carbono y dan lugar a los portentos de la *vida*.

Y la vida la vemos actuar en el total suelo terráqueo, mares, ríos, atmósfera, en la forma unicelular virásica, microbiana, que lo llena todo, e ir elevándose lentamente en los seres pluricelulares sujetos al medio, como los vegetales, o libres de él, como los animales, culminando todo ello en el *hombre*, y las formas vitales se unen, se separan, se atacan, luchan, se invaden, se absorben, funden, crean y destruyen constantemente formas y más formas.

El hombre que alienta en la Tierra es producto del medio ambiental; de él ha surgido, en él se mueve y recibe estímulos, y a él vuelve a derrumbarse desparramando cuanto fue y acumuló; todo su ser está adaptado a ese medio; tiene ojos porque existe la luz, para que la vea y analice; tiene oídos porque existen las ondas sonoras, para que las desentrañe; olfato, por existir aromas, etc.

El infante

Contemplemos al niño. Es un ser pluricelular, que ha evolucionado al surgir de dos células en el seno maternal, del que ha recibido por el cordón umbilical la sangre materna que ha ido nutriendo sus células, agrandando, arquitecturando, esculturando la gota de agua estructurada alrededor del carbono y creando por la división kariokinética nuevas células dispuestas en pelotones, invaginándolas, surgiendo las tres capas blastodérmicas y cada una de ellas, siguiendo directrices, han ido dando lugar, en una sublime disciplina y determinismo, a los tejidos, órganos, aparatos, sistemas, hasta formar el ser total; todo ello convergente a la perfecta unidad del ser pluricelular, y en la cúspide de todos esos sistemas está el nervioso inmiscuyéndose en la totalidad del organismo y presto a dirigir la nueva sociedad con precisión matemática desde el inmenso, hermético y acabado palacio del cráneo y raquis.

Y ese ser que sale del claustro materno encontrándose en el mundo en el medio ambiente hostil, perfectamente acabado, siente la hostilidad de ese medio, cuyo aire le despliega y rasga violentamente sus alvéolos pulmonares e inunda revolucionariamente su sistema circulatorio llevando el dolor y la vida a todos los rincones; llora y patalea desesperadamente, y poco a poco se va adaptando a ese medio ambiente, el que se le hace menos hostil, más plácido y le proporciona la alegría de vivir, de medrar, de luchar.

Dos vertientes

De sus antepasados, que le han de proporcionar amistad, amor, cariño, simpatía, cuidados, normas para desarrollar esa vida. Otra vertiente, presente y futuro, en que se enfrenta con la hostilidad y apacibilidad del total medio ambiente y de toda clase de seres vivos e inertes que le rodean, que le ayudan, se le oponen, le protegen, le atacan, le dan palancas para sortear y vencer en la vida y le aletargan, le oponen moles graníticas, para frenarle, pararle, derramarle y aplastarle; he aquí cómo el nuevo ser se enfrenta, y sin saberlo, con el amor, el odio, la seguridad, la inseguridad.

Todo infante se siente seguro inconscientemente; los cuidados de que es rodeado son efectivos desde el primer instante, pues a falta de ellos, sucumbe; absolutamente le son necesarios los de la madre, sublimes, abnegados hasta el sacrificio. Se ha demostrado que sucumben tempranamente muchos niños a los que prontamente les falta la madre; pero desde el hogar más suntuoso al orfelinato, nunca le faltan al niño esos cuidados, pues toda mujer tiene algo o mucho de madre, y se consagran enteramente al niño, supliendo la falta o descuido de la verdadera madre. Por todo ello, el niño comienza por sentirse seguro, no absolutamente, sino en la gama de la relatividad, y de ello depende que surjan los primeros destellos de la inseguridad.

Esa inseguridad que inmediatamente rodea al niño, y la siente, es absorbente, avasalladora, lo que le hace convertirse en un tiranuelo egoísta, caprichoso, cuanto más se le mima y consienten sus desmanes y apetencias, y a su alrededor comienzan a forjarse los sentimientos de *propiedad*. «Todo cuanto me rodea, es mío», y se rebela con gritos, lloros, pataleos, agresiones, cuando se le opone un muro más

o menos pequeño a sus apetencias; y los que le aman se ablandan, se doblegan, le acarician y consienten salirse de los límites normales, y de esta forma crece su egoísmo, su sentimiento de propiedad, su orgullo, su soberbia, su vanidad, que, al compararse con los demás, él es más, puede más.

El niño comienza por sentirse rey absoluto; ignora las fuerzas maravillosas del medio ambiente, las apetencias y sentimientos de cuantos le rodean, y él siente su *ego* avasallador, total, y al actuar bajo estas premisas comienza a sentir los parones, los frenos, los obstáculos que contienen y paralizan sus vehemencias; su sentimiento de propiedad absoluto comienza a mermarse, a ser relativo; siente que siempre hay seres superiores a él, y también que los hay inferiores. Delante del poder siempre hay uno más poderoso, más feliz, y detrás siempre hay uno más débil, más infeliz. He aquí cómo se generan los sentimientos de inferioridad, al conocer sus limitaciones, su debilidad, y el ego no se conforma y exalta sus resortes para ponerse a nivel de los demás, superarlos y dominar, y así, ante el entusiasmo y la depresión, ha de transcurrir toda su vida, primero con absoluta sinceridad, luego con enmascaramiento, con hipocresías, que es la defensa a las apetencias instintivas de propiedad, para evitar que los demás se pongan a la defensiva e impidan al ego satisfacer sus apetitos, siempre agrandados, jamás totalmente satisfechos.

De rey absoluto va pasando por todos los estratos sociales, cediendo su poder ante el poder de los demás, que no puede avasallar ni someter a su omnímoda voluntad, y en este forcejeo interviene la educación, la civilización, la imitación, que el niño comienza a ejecutar desde que es, remedando gestos, ademanes, acciones de los que le rodean, para ir modelando su personalidad y convertirse en un ser sociable.

Sus apetencias, sus sentimientos de seguridad, de propiedad, le conducen por el camino del dominio; pero como se le oponen las fuerzas de los demás, ha de doblegarse, flexibilizarse, hacer concesiones, respetar y acatar los postulados sociales ya instituídos. Si no se conforma, si se rebela y actúa así, cae en toda la gama del delito, que no es tolerado por los demás, y es sancionado y castigado limitando su libertad, y por ello se intimida, se para y obedece, para evitar el dolor, la pena y el aniquilamiento.

Buenos y malos sentimientos

Buenos, cuando respetan el derecho de los demás, al darse perfecta cuenta el *yo* de que cuantos le rodean poseen su *yo* exactamente igual al de él y que ocupan un lugar en el espacio y en el tiempo que debe respetar y acomodar su *ego* y altruísmo al de sus semejantes, conteniendo sus deseos de absorber y avasallar, por medio de la simpatía, cariño, abnegación, amistad, amor total, comprensión, que culmina en dulzura, llegando a la abstracción estética.

Malos, cuando el *yo* los discierne en cuanto conviene a su egoísmo; desprecia, desconoce los derechos de los demás y opone su total fuerza psíquica y física a conseguir los objetivos de su ego, presentándose en formas de antipatía, orgullo, soberbia, ira, cólera y rencor contenido al no poder desplegar sus apetencias, el que se transforma en crueldad y venganza en el momento que se rompen los frenos de la intimidación.

Modelación de sentimientos

Se hace a base de los estímulos que vienen del medio ambiental, y éstos pueden ser agradables, indiferentes, desagradables, despreciativos, atacantes.

Los agradables, confortantes, atrayentes, provienen de gestos amistosos, cariñosos, simpáticos, amorosos, de ayuda, que emanan de los seres humanos, de los del reino animal, vegetal y hasta de los inertes. La simpatía de los gestos de sonrisa y risa, de palabras dulces y amables, de emulación y ayuda, del color y aroma de las flores, de la luz del Sol y de las estrellas, de los murmullos y silencios de Natura, que embriagan y elevan el alma, de los animales domésticos que rozan y quieren, de la quietud y armonía que lanzan las obras de la Naturaleza y de los excelsos artistas que han dejado plasmada su destreza y sensibilidad en esculturas, palacios, sinfonías, cuadros, etc.

Los gestos indiferentes de toda clase de seres que pasan a nuestro lado con más o menos prisa, sin conocernos, sin atacarnos, ni tampoco halagarnos.

Los gestos despreciativos de los que pasan a nuestro lado lanzando sus miradas, gestos y actitudes de altanería, oponiéndose con sus desdenes y orgullo a nuestras apetencias.

Y los atacantes, los gestos de aquellos que se oponen abierta y brutalmente y con toda crueldad a que consigamos nuestro espacio vital.

Y entre estos cuatro aspectos se producen infinitas modalidades intermedias, que van desde el arrebato más caluroso, la atracción fundente, al frío, la repulsión, el destrozo que nos conduce al dolor y la muerte. Todos y cada uno dan martillazos en nuestras mentes modelando y esculpiendo los sentimientos, y de ellos han de surgir las directrices de las ideas, pensamientos y actuaciones volitiva, motora y muscular, y los que son nuevos martillazos en las conciencias de los que nos rodean y que sirven para esculpir sus sentimientos, que han de actuar en el proceloso mar de la vida, de la sociedad, del devenir, del porvenir.

El proceso estimular

Desde el comienzo de la vida penetran constantemente los estímulos por los órganos sensoriales —*sin querer*— cuando comienza a difuminarse y aclararse el *yo* la conciencia, pueden seleccionarse parcialmente. Por ejemplo, si no quiero ver cierro los párpados, si no quiero oír tapono los oídos o me alejo del ruido, lo mismo el olor, el gusto, el tacto, basta alejarse de estos estímulos para no acusarlos, pero constantemente invaden y llegan a los centros, elaborándose, posándose y dando lugar a las funciones mentales; sí podemos por medio de la atención captar con más intensidad unos estímulos y dejar al margen otros y luego por los sentimientos, o sea, la solera, estimular de lo percibido, dirigir las antenas hacia unos sectores, desviar y rechazar otros ahondando en uno o varios aspectos de la vida.

Al aclararse el *Yo*, la conciencia, nos damos cuenta de nuestra individualidad y de los individuos que nos rodean, comienza la crítica, ya hay acumulados sentimientos elementales que lanzan sus destellos a conciencia e imponen directrices a la voluntad y la motoridad, ya nos damos cuenta de la posición que ocupamos en el medio ambiente, de lo que es agradable y de lo que es desagradable, ya tendemos al placer e imitamos todo cuanto sirve al progreso vital, ya nos quedamos perplejos y huímos de la realidad y del dolor, y tratando de evitar con el negativismo lo desagradable, pero esto nos invade y hemos de sublimar los resortes mentales para disolverlo y vencerlo, siempre en medio de tinieblas, de torpezas, de titubeos, hasta que, golpe tras golpe, vamos adquiriendo experiencia, destreza, sublimación de sentimientos y actuación acorde fina y delicada, apareciendo, una tras otra, las modalidades mentales que nos permiten dirigir mejor o peor nuestra vida.

El hambre y el amor

Estos dos móviles son los que informan la total vida animal y la del hombre, su fundamento está en los instintos básicos-nutrición-conservación-reproducción, y, en realidad, en el único y potente instinto de conservación en espacio y tiempo, conservación que lo es todo con sus ramas nutritivas, perpetuación de la especie y permanencia mientras se vive en el medio ambiente, en la lucha constante para no ser derramado en la inercia y en la muerte.

El niño siente hambre, y sus cuidadores y madre natura se lo mitigan con los resortes que previamente están dispuestos para satisfacerlo.

Mas llega el momento en que el individuo se desprende de esos cuidados y madre natura ya no le proporciona esos alimentos y debe buscarlos por sus propios medios, y para ello le da la dentadura, la fortaleza de sus músculos, la palanca de sus huesos y, sobre todo, la dirección suprema nerviosa y psíquica cuya cúspide está en la conciencia en el *Yo*.

Y esta dirección neuropsíquica dice: La Tierra es un inmenso plato de alimentos capaz para mantener a todos los seres vivos que la pueblan; pero esos alimentos son los vegetales y los animales que es necesario capturarlos, y se defienden para impedir su aniquilamiento, y de aquí la constante e ingente lucha para saciar el hambre, aunque la Tierra sea un inmenso plato repleto de todo lo necesario para vivir.

El hombre, con su poderosa inteligencia asentada sobre sus sentimientos e instintos, ha tratado de dominar y doblegar a su voluntad a la totalidad de los seres vivos e inertes y después a sus semejantes, apareciendo las potentes individualidades con fuerzas físicas y psíquicas peculiares, estilizadas, dirigidas por una suprema fuerza y dirección psíquica, y así, desde que está sobre la tierra, ha capturado a toda clase de seres, ha luchado con todos y con sus semejantes, ha emigrado a suelos más feraces y ricos despojando a sus nativos del suelo y constituyendo sociedades más o menos pujantes en constante lucha, en constante progreso de armamentos para acrecentar su fuerza y dominar a los que se le oponen.

Mas como todos y cada uno de los seres humanos poseen similar constitución física y psíquica, he aquí la pugna y la carrera de inventos y confección de artefactos creadores y destructores por cada uno de los hombres y cada una de las sociedades.

El sentimiento de propiedad

El ser humano pronto genera este sentimiento *lo mío* y pronto exalta toda clase de resortes mentales intelectivos para defender, encauzar, consolidar, acrecentar esa propiedad *lo mío* y aparece la herencia para que siga la propiedad en el seno de la familia, aparece la industria, el dinero, el comercio, símbolos de propiedad, para facilitar el cambio de cosas. En realidad el hombre no tiene nada suyo, pues su cuerpo, su vida, su alma, surgen de la generación, el individuo se encuentra viviendo y sin saber por qué, para ello él no tuvo que hacer el menor esfuerzo ni lo hace para ser y seguir viviendo, y también debe morir inexorablemente, sin que para ello haya de intervenir su voluntad. Es y no es por designio superior.

Mas pronto —*cuando es*— apetece las cosas situadas en su medio ambiente y se las apropia y nace su sentimiento de propiedad, el que va agrandándose, y jamás queda satisfecho ni limita sus apetencias, quiere siempre más y más, ese sentimiento se va afinando, la inteligencia interviene con la totalidad de sus poderosos resortes y lo va anudando, consolidando constantemente, mas enfrente están los que desean también esas propiedades y oponen sus sentimientos e inteligencias para captar los bienes, y sobreviene la lucha. Si es pueblo contra pueblo, son las guerras, con sus asolaciones, violaciones, saqueos. Si lo ejecutan los individuos en el seno de la Sociedad es el timo, estafa, robo, atraco, en fin, el delito, empleando la fuerza y la astucia, y lo castigan los códigos con los que la sociedad defiende sus postulados intimidando a toda clase de delincuentes, todo ello para impedir el dolo de la propiedad. El sentimiento de propiedad es privativo del género humano. La totalidad de seres vegetales y animales viven sobre el plato terrestre, extraen de él lo que necesitan para saciar su hambre; sólo el hombre es el que no se conforma con saturar su necesidad del momento, sino que quiere asegurarla para el total transcurso de su vida y alargarla a la de sus descendientes; sólo el hombre es el que no se conforma con «El pan nuestro de cada día dánosle hoy», sino que quiere el de los días y siglos sucesivos por medio del sentimiento de propiedad.

Los sentimientos de inferioridad, seguridad, propiedad

El sentirse inferior consiste en ver y sentir a los seres del medio ambiente en un plano superior, es comparar un estado íntimo de infelicidad, de impotencia, con la felicidad, potencia y seguridad de los demás, y he aquí el sentimiento de envidia. «El pesar del bien ajeno» y poner a contribución toda clase de resortes mentales para ponerse a nivel y superar al envidiado para minar su seguridad y hacer tambalear su propiedad para que caiga del lado del inferiorizado y con ello el adquirir seguridad y propiedad. Son infinitos los resortes mentales puestos en juego para llegar a esta conclusión y por ello se describen los numerosos complejos de inferioridad y la pugna por disolverlos, superarlos y adquirir seguridad y propiedad, y sigue la lucha para despojarlo, mas la víctima supera también toda clase de resortes mentales para impedirlo y para afianzar sus sentimientos de seguridad y propiedad.

Para ello tenemos los caminos profesionales, el adquirir destreza en un oficio, arte o ciencia, tiene como finalidad el conseguir un decurso de la vida seguro, consolidar y expander la propiedad y huir de la inseguridad y pobreza con todos los sinsabores que lleva consigo.

Por ello se siguen los caminos abruptos y lentos del trabajo, tesón, vocación, y también se siguen los caminos más ficticios de la suerte, de la lotería, del juego, de las quinielas, de las apuestas, en que miles y millones dan una moneda con la esperanza de que el premio gordo sea para ellos y así, con el mínimo esfuerzo, llegar a la plataforma de la seguridad y propiedad apoteósica e ingente.

Por ello se siguen los caminos esotéricos de encumbrarse de repente en el arte, teatro, toreo, cine, ópera, deportes, pues al destacar brillantemente viene, con la riqueza, la seguridad y la propiedad.

Y también por ello se siguen los caminos delictivos del timo, estafa, robo, atraco, asaltos, imponiendo fuerza y astucia, y conseguir la seguridad y la propiedad, despojando violentamente al que la posee, y al defenderse la sociedad cae el autor en el presidio y el patíbulo, llegando así la inseguridad más absoluta.

Generación de sentimientos estéticos

Hemos esbozado un concepto de formación de sentimientos primero, captando y elaborando estímulos de forma restringida, concreta, dentro del círculo ambiental, y como esta captación y elaboración es constante y continua, la mentalidad total se encuentra con una ingente cantidad de ellos que ha de acumular, elaborar seleccionar y derivar.

Primero es la formación de sentimientos simples y elementales y la actuación de la mentalidad, descargando por la voluntad y motoridad lo concreto, captado en la conducta que sirve a los instintos afectos e intelecto; sigue la elaboración estilizada y especializada en un sector artesano, profesional, artístico, científico, y ya pasamos de lo concreto a lo abstracto, a ver más lejos, a crear la fantasía —elaboración mental sin actuación volitiva motora—, enriqueciéndose la mente con ideas superiores, sublimes, estéticas, magníficamente depuradas y seleccionadas, y entonces culmina en la elaboración y actuación estética creando inventos, obras bellas, literarias y de todas y cada una de las bellas artes.

Mas todo esto se ejecuta por la persona para superar su inferioridad, adquirir seguridad y propiedad siempre más firme destacada; pero la mayoría de las veces falla, porque vivimos en un mundo concreto de pequeñas cosas y las grandes admiran, anonadan, y se soslayan por las muchedumbres concretas que no las acaban de comprender.

Decía Cajal: «Se trabaja primero para vivir, luego para vivir bien, y al final para sobrevivir»; esto no es más que el afán por conseguir la seguridad y propiedad máximas, que al no encajar en lo concreto de la sociedad, fallan lamentablemente, y, sin embargo, el artista estilizado vive siempre en las nubes del idealismo, sufre todos los tropiezos, amarguras e incomprensiones de la realidad y sigue tejiendo sus sueños con la fantasía más sublime y exacervada, y en medio de la inseguridad más tremenda labora sin descanso para obtener la absoluta seguridad y propiedad que jamás le llega.

En el reino animal vemos: las hormigas que almacenan granos para la temporada invernal; las abejas que acumulan su miel para satisfacer hambre y amor, y otros mil ejemplos, que son tan sólo manifestaciones instintivas impuestas por madre natura para que puedan subsistir. Esto es social, no es absolutamente individual, como es el sentimiento de propiedad del hombre.

En el reino animal encontramos seres, individuos, que ahorran, se rodean de una gran capa de grasa debajo de su piel nutriéndose excesivamente para pasar la estación invernal adormecidos y gastando esa grasa acumulada para sostener su vida; es otro ejemplo totalmente instintivo e impuesto por natura.

Actuación de los sentimientos de propiedad

Los sentimientos constituyen una parte fundamental de los ingredientes que forjan la personalidad, y en este aspecto encontramos:

Personalidades concordantes: Dice Vallejo Nájera: «El desarrollo del psiquismo es normal cuando la tendencia del valimiento se desenvuelve dentro de las normales capacidades del *yo* y de la realidad objetiva»; en casos contrarios surgen respuestas anormales del *yo*, tendentes a conseguir su prevalencia, procurando lograrlo por medios anormales. La personalidad concordante posee configuración corporal, instintiva, temperamental, de carácter perfectamente proporcionado, equilibrado, rectilíneo, elasticidad y sensibilidad mental y, sobre todo, calma y criterio para conocer.

Las personalidades discordantes son aquellas desequilibradas, tanto en aspectos somáticos como psíquicos, por lo que adoptan actitudes contraproducentes por conflictos de la heterotelia (fines del medio ambiente) o de la autotelia (fines de la persona, y que poseen desajustes en la estructura de su personalidad somato-simosofropsiques), lo que les hace ir por caminos equivocados. El sentimiento de propiedad ha evolucionado a través de la historia, desde su concepto absoluto —todo es mío: tierra, mar, ríos, animales, vegetales, personas— al relativo, en que

se va limitando y poniendo condiciones al disfrute de la propiedad, hasta llegar a su negación en los conceptos socialistas, comunistas y anarquistas.

Individualmente, las personas adquieren conceptos de la propiedad y actúan su sentimiento acorde.

Economía

Es la forma más ponderada de la actuación del sentimiento de propiedad, visión certera de la personalidad concordante. actuación correcta en el medio.

La personalidad económica actúa inteligentemente, frena y excita ponderadamente su sentimiento de propiedad, y con sus especulaciones ha llegado a construir las ciencias económicas para la disposición y distribución correcta de los bienes.

Tacañería

Posición centrípeta y absorbente del sentimiento de propiedad. La personalidad ya es discordante, ya sucede en neurósicos y psicósicos, que exhiben una sintomatología consistente en la exageración, por defecto, desviación o exceso de una o varias funciones mentales y que dan lugar a una conducta anormal y alejada de la lógica.

El tacaño es un neurósico, en que su idea obsesiva consiste en acumular y atesorar moneda tras moneda, por lo que sufre carencia de las cosas necesarias e imprescindibles para la vida; es, por lo tanto, una perturbación más o menos profunda del sentimiento de propiedad, que impone esta actuación delirante descarrilada a la persona del tacaño. La tacañería posee muchos grados, desde aquel que vive normalmente en la sociedad, caracterizándose por su egoísmo, al que vive mendigando y al final se le encuentra en su sórdido rincón montones de dinero escondido entre trapos y miserias.

Prodigalidad

Su personalidad es la que va tras el placer, es decir, buscando los estímulos agradables, que acarician al *yo* a la conciencia, y son los concernientes a saturar los sentidos —comer, beber, yacer—. Así gasta todo cuanto tiene y adquiere por medios lícitos e ilícitos para saturar su gula, su sensualidad, lujuria, manjares, bebidas alcohólicas, tabacos, drogas tóxicas que le proporcionan la voluptuosidad, que es la antesala de la sensualidad y la lujuria. Le halaga que le adulen, que le demuestren simpatía, amistad, amor, sumisión; hipertrofia sus sentimientos de vanidad, de orgullo, de propiedad, que usa inmoderadamente para saturar sus apetencias. Se siente inferior y exalta toda clase de resortes físicos y psíquicos para superarse, sobrevalorarse y lanzar al medio ambiental una superioridad inexistente, que él sabe que la tiene que comprar y al final cae en la miseria, en el desprecio, olvido, aislamiento y en el más profundo descorazonamiento al ver que su prodigalidad no ha sido mas que fuegos artificiales, que los ha barrido y aventado totalmente el viento, y todos los cimientos de sus sentimientos se derrumban en la catástrofe final; no queda nada, sólo un guiñapo, que muchas veces se vuelca por la válvula del suicidio.

Neurosis de renta; ya sucede en la personalidad discordante, que sobrevalora su sentimiento de propiedad, cree tener derechos y litiga, reclama, pide siempre más de lo que le pertenece, primero lógicamente, luego delirantemente, llegando al absurdo, con fases de entusiasmo y depresión.

Delirio de grandezas; ocurre en neurósicos y en diferentes psicosis. Primero es la fantasía la que actúa, sin acción, ensoñando, forjando imperios, grandezas, riquezas, tesoros, tratando de imitar a los poderosos de la tierra, mientras queda en sueños y dentro de la mente no ocurre nada, puede escapar por la válvula literaria, en relatos más o menos maravillosos, consistentes y sin consistencia, y puede querer actuar en la realidad y choca con ella, apareciendo la verdadera locura, llena de absurdos, que obliga a su reclusión.

Evolución del sentimiento de propiedad

En la escala jerárquica de la familia, tenemos: El padre, dueño, señor, propietario que juicioso dispone y distribuye los bienes entre mujer e hijos; a todos y cada uno de ellos da lo que precisan para vivir, progresar, crecer. Esta autoridad, este poder, lo ven, lo respetan, lo admiran y llega el momento que el hijo es fuerte, busca esposa y crea una nueva familia de idénticas características, entonces este es el padre, el amo, el propietario, y así sigue sucesivamente.

Mas este concepto de la autoridad, de la propiedad, de la austeridad, de la superioridad, no es único, ni se ha hecho el correcto uso por cada uno de los padres de familia, han existido hipertrofias, atrofias, distracciones en el uso y abuso de tal autoridad y propiedad viniendo, por tanto, toda clase de conflictos.

Del padre de familia pasamos a la sociedad, que no es otra cosa que un conjunto de familias, cada una con su padre, madre e hijos, y de esas cabezas autoritarias una debe mandar sobre las demás y dirigir la marcha de la sociedad, su progreso, y así de la sociedad pasamos al pueblo, la nación, las naciones. El cabeza de una sociedad se ha erigido en adalid, en conductor, él aglutina la fuerza de todos y la opone a otra sociedad similar y contigua, y que apetecen sus bienes, y luchan y aparece el conjunto de vencedores que se erigen en propietarios y de vencidos que se convierten en despojados, en esclavos, y que quedan totalmente supeditados a los vencedores, a los amos.

Así el concepto de la propiedad es abstracto. Dice un adalid, un capitán, un director —todo es mío—, todo cuanto en este círculo existe, de las personas al último insecto, y dispone a su antojo de ello, reparte con los demás, bien o mal, las riquezas, quedan los inconformes surgiendo la sumisión y la rebelión. Mas el adalid es un hombre exactamente igual que cualquiera de los hombres que le rodean, sólo tiene a su favor la fuerza de todos los que se aglutinan a su alrededor, y la lanza su cerebro director contra otro capitán, pero surgen allí otros hombres con espíritu de capitanes y disponen y posoponen al primero y se alzan con el poder, la dirección, la propiedad.

Esclavitud, servidumbre, proletariado, burguesía, comerciantes, industriales, profesionales, todos hombres en pugna constante, amoldándose y rebelándose con las normas establecidas y creando imperios absolutos, reinos constitucionales, democracias, repúblicas, federaciones con los conceptos de libertad, sumisión, despotismo, jerarquía.

El sentimiento de propiedad al principio es absoluto de su núcleo formado, envía directrices a conciencia, voluntad y motoridad, y se conduce y actúa vehementemente, egocéntricamente —*todo esto es mío*— todo debe obedecer a su voluntad, es el total despotismo, se siente fuerte y con su fuerza mantiene ese estado de cosas.

Los cerebros que le rodean poseen, asimismo, ese sentimiento de propiedad tan ingente y absoluto como el de él y actúan oponiéndose y tratando de extraer ventajas, oponen fuerza a fuerza, luchan y vencen o son vencidos, en el primer caso impone su sentimiento de propiedad exactamente igual que el anterior.

Mas el vencimiento nunca es total y absoluto, y ante su relatividad surgen las transacciones, el ceder para evitar el aniquilamiento, y así la propiedad absoluta se convierte en relativa; al propietario total se le restan parcelas y le obligan a reconocer el derecho a la propiedad de los demás y ceden con absoluta tacañería, y así, en medio de todos estos forcejeos, llegamos al concepto actual, tan protéico, del sentimiento de propiedad y su actuación.

RESUMEN

En un trabajo anterior (Clínica y Laboratorio, núm. 393, XII, 1958) *tratamos de los sentimientos de seguridad e inseguridad. Seguimos en éste analizando* los sentimientos de propiedad. *Para ello decimos del sentir, elaboración estimular, reacciones internas y externas del psiquismo; cómo consideramos que se generan los sentimientos desde la infancia. El surgir del sentimiento de propiedad, concreto, total, y que va modelándose intelectivamente, relacionándolo con buenos y malos sentimientos, y con los estímulos impositivos del medio ambiente en espacio y tiempo, llegando a la formación de sentimientos estéticos y el de propiedad analizándolo en economía, tacañería, prodigalidad, neurosis de renta, delirio de grandezas, terminando con unas especulaciones psicológicas.*

No hacemos más que esbozar algunas ideas sobre tal sentimiento, que posee fundamentos y derivaciones infinitas.

Dirección: Av. de Valladolid, núm. 3. Soria.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 401 - TOMO LXVIII
AGOSTO 1959
LIBROS

AUTORES EXTRANJEROS

EL SIGLO DE LOS CIRUJANOS, *por* JÜRGEN THORWALD. *Un vol. (17 por 25 cm.) de 430 páginas, con 65 ilustraciones; encuadernación en tela. Precio: 300 pesetas. Ediciones Destino. Tallers, 62. Barcelona, 1959.*

La Cirugía ha suscitado siempre una gran bibliografía en cuanto a su desarrollo, orígenes y aplicaciones, pero como dice el autor en el lema que toma de Gosset, y que sirve de preámbulo al libro: «La historia de la Cirugía es una historia de los últimos cien años. Se inicia en 1846 con el descubrimiento de la anestesia y, por tanto, con la posibilidad de operar sin dolor. Todo lo anterior a tal fecha no pasa de ser una noche de ignorancia, sufrimiento y estéril tanteo en la oscuridad. En cambio, «la historia de los cien años» ofrece el panorama más grandioso que conoce la humanidad».

El autor recoge las notas y experiencias de su abuelo Hartmann, descendiente de una familia de cirujanos alemanes, hombre inquieto, viajero y de un gran sentido por la historia, y cuya orientación quedó decidida el día que asistió, en Boston, a la demostración de la primera anestesia; pero además las completa con la evocación de escenarios, del ambiente del siglo, de las costumbres y de los momentos decisivos en que los grandes precursores de la Cirugía llevaron a cabo sus extraordinarias operaciones que hoy constituyen la base de nuestra práctica quirúrgica habitual, pero que entonces significaron momentos de extraordinario patetismo.

Esta obra continúa la serie de libros divulgadores que últimamente tanto se han prodigado en todo el mundo, y cuya labor cultural hay que destacar con agradecimiento. En ella se cumple de manera ejemplar el objetivo propuesto: el conocimiento y la divulgación entre el público culto de los más grandes descubrimientos en el campo quirúrgico, que han llevado a la Cirugía al extraordinario rango de que hoy disfruta.

El libro está dividido en cinco partes. La primera la dedica a «La larga noche de los tiempos pretéritos», en donde traza una evocación admirable sobre el ejercicio de la cirugía en Kentucky, al realizarse con éxito la primera ovariectomía, en circunstancias dramáticas, en una aldea, por Mc Dowell. A la descripción del ambiente del Hospital general de Boston y de la actuación del profesor Warren, representativa de un medio de pesadilla y de horrores, que el descubrimiento de la anestesia había de transformar totalmente. A la evolución en el tratamiento de la enfermedad de los cálculos, el temido «mal de piedra», por los primeros litotomistas, de los que Civiale fué un verdadero precursor, y a la fascinante historia de las rinoplastias, por los cirujanos indios e italianos, hasta las intervenciones de Dieffenbach, que señalan los progresos en cirugía plástica.

En la parte segunda: «La luz o el despertar del siglo», narra el descubrimiento de la anestesia por Horacio Wells, sus vicisitudes, las ambiciones y luchas de Morton y Truman, sus supercherías y falta de escrúpulos y el trágico final, después del triunfo de estos grandes precursores.

En la tercera parte, con el título de «Fiebre», refiere el espantoso cuadro de las guerras de Crimea y del hospital de Scutari, con una mortandad aterradora por la infección traumática. La simpática y humanitaria figura de Florence Nightingale, fundadora del Cuerpo de enfermeras, resalta vivamente en aquel cuadro de heridos, desolación y angustia.

Los problemas de las fístulas urinarias, los de la intervención cesárea, los de la apendicitis, y las evocaciones de Simon, Murphy, Porro, Semmelweis, Holmes, Lister, Pasteur y Halsted, otras figuras en su lucha contra la infección y la fiebre puerperal, el segundo gran obstáculo de la cirugía, son impresionantes y estimuladoras, y constituyen la materia de las partes siguientes, tituladas «Redención» y «Frutos», donde llega a la descripción de todas las perspectivas que el trabajo incesante y los descubrimientos alcanzados permiten desarrollar hoy en el campo de la cirugía. Los capítulos pintorescos llenos de interés y de detalles sugestivos, el desfile de figuras y nombres conocidos, sus luchas, sus desalientos, los momentos dramáticos de su actuación, los fallos, sus genialidades y recursos, constituyen un relato que apasiona y mantiene el entusiasmo e interés en la lectura.

«El siglo de los cirujanos» es un precioso y estupendo libro. Su rigor histórico, su amenidad, el ambiente del siglo, las conversaciones, anécdotas y relatos de las grandes figuras que dieron impulso a la Cirugía, se unen armoniosamente para ofrecer una lectura interesantísima, grata y apasionante como una buena novela, a través de la cual se revela un mundo de prodigios. Para los médicos, será su lectura una agradable y amena sorpresa; para los lectores profanos, una verdadera historia, que les llevará, sin esfuerzo, a comprender las grandes conquistas realizadas, y que ampliará de manera fascinadora sus conocimientos sobre este tema.—RICARDO HORNO LIRIA.

PRIMER SEMINARIO DE EDUCACION MÉDICA. *Tres volúmenes (18 por 24 cm.). El primero, con 253 páginas, se imprimió en agosto de 1957: el segundo, con 304 páginas, se imprimió en noviembre de 1957: el tercero, con 139 páginas, se imprimió en julio de 1958. Totalizan 696 páginas; rústica. Editado por la Universidad del Velle, Cali, Colombia, S. A.*

Es un verdadero libro de actas, completo, de todas las tareas que han ocupado la atención del Primer Seminario de Educación Médica, celebrado en Colombia durante los días 6 al 10 de diciembre de 1955: desde los planes iniciales, su organización completa en sus múltiples detalles, su desarrollo, las ponencias a cuál más interesante sobre cada una de las disciplinas docentes, sus discusiones y conclusiones; tiene un anexo que agrupa discursos, decretos y los Códigos Internacional de Etica Médica y el Colombiano de Moral Médica.

Tiene de interés, que muchas de sus propuestas sobre la enseñanza de la Medicina merecen una detenida meditación, pues abarca puntos de trascendencia aplicables al orden práctico. Su importancia se pone de manifiesto al apreciar que concurrieron las 25 Universidades, las 7 Facultades de Medicina con sus 7 Decanos y 260 profesores universitarios, lo que demuestra la justificada espectación que despertó en los medios docentes el anuncio y celebración de este Primer Seminario de Educación Médica en Colombia.

Es digno de aplauso y de imitación este anhelo de superación en la mejora de la enseñanza de la Medicina.—M. VICENTE CARCELLER.

LA CLÍNICA DEL PRESENTE *(Un tratado, siempre actual, de Medicina práctica.) Dirigido por el profesor doctor* RUDOLF COBET, *profesor doctor* KURT GUTZEIT *y profesor doctor* HANS ERHARD BOCK, *con más de 200 colaboradores. Tomo I. Un volumen (19 por 27 cm.) de 685 páginas, 143 figuras y 2 láminas; encuadernada en pasta por el sistema de hojas sueltas patentado por Ediciones Daimon. Precio: 760 pesetas. Editorial Alhambra, S. A. Claudio Coello, 76. Madrid, 1959.*

El ritmo de la producción científico médica ha sufrido en los últimos años una intensa aceleración. El tiempo transcurrido entre un hallazgo, su confirmación, su aceptación y su paso a los archivos de la Historia, es incomparablemente menor que hace medio siglo. Los libros de consulta, cuya vigencia era antes de varios lustros, pierden ahora, a poco de publicarse, gran parte de su utilidad. Las publicaciones de interés son monográficas; muchas de ellas figuran en revistas profesionales, cuyos tomos van ocupando más espacio del que permiten las reducidas bibliotecas de las casas modernas.

Para tener al alcance de la mano la información precisa, se recurre al desagradable procedimiento de despojar las revistas de cuanto cada uno considera, en el momento que las lee, de escaso interés y conservar tan sólo lo substancial, mutilando las colecciones.

Una manera eficaz de resolver estos pequeños, pero incómodos problemas la constituyen los métodos empleados por «Alhambra» al editar «La Clínica del presente».

Los artículos de esta publicación son todos magistrales, pues su redacción se encarga a aquellos que sus directores consideran pueden hacerlo mejor, prescindiendo de consideraciones nacionalistas y con la vista puesta tan sólo en la utilidad del lector.

Estos artículos se presentan muy bien encuadernados según el sistema de «hojas sueltas», proceder sencillo y eficaz, que permite su ordenación según personales criterios y sustituir los que, al correr del tiempo, hayan envejecido por otros modernos, proporcionando con esto al práctico la posibilidad de disponer siempre de una obra de consulta puesta al día.

Quizá la relación de temas de este primer tomo no sea del agrado de todos. Nadie debe desanimarse, pues no es sino una fracción de la obra total, que ahora comienza. En tomos sucesivos irán apareciendo otros y otros temas, y cuando la publicación esté avanzada se estará en posesión de un tratado de Medicina práctica que no envejecerá, puesto que todas sus partes serán renovadas a compás de futuras conveniencias.

La presentación es muy buena, la tra-

ducción realizada por los doctores Morales Belda, Ruiz Torres, Lozano, Cascos y Morato, magnífica; y todo hace augurar un gran éxito para directores y editores de este nuevo Klemperer, que aspira, y conseguirá, mantenerse siempre joven.—JESÚS SARDAÑA.

TRATAMIENTO MÉDICO DEL CÁNCER, *por el doctor* HENRY D. DIAMOND, *traducción del doctor* FRANCISCO RUZ HERRERA. *Un vol. (20 por 13'5 cm.) de 223 páginas, con 40 figuras intercaladas y una tricromía. Editor, Manuel Marín & Cía. Barcelona-Madrid, 1959.*

UN acierto indudable es este libro que con toda esplendidez pone en manos del médico práctico la Editorial Manuel Marín, al dar a la publicidad este «Tratamiento médico del cáncer», pues ya es una necesidad que el médico internista posea los más completos conocimientos acerca de las neoplasias en todo lo que hace referencia al diagnóstico y evolución como tratamiento.

Por un lado, las campañas sobre la importancia del diagnóstico del precáncer, momento en que la casi totalidad o, cuando menos, la mayoría de los pacientes son vistos por el médico internista, y él debe poner a contribución sus conocimientos, para la más recta orientación en el comienzo del tratamiento; por otra parte, los avances terapéuticos con los isótopos radiactivos, los adelantos de la bioquímica, los quimioterápicos, las nuevas y poderosas formas de energía radiante, las interrelaciones hormonales, es decir, todos los avances médicos que deben ser conocidos por el internista, tanto que éste debe intervenir *fundamentalmente* en la «lucha contra el cáncer», lo mismo en sus instituciones como en la práctica privada.

Y no sólo porque hay tipos de cáncer susceptibles de ser tratados por el internista o aquellas neoplasias en las que el tratamiento médico es lo fundamental, sino por aquellos otros que son recidivas, metástasis, inextirpables o los que, por las razones que fueren, no pueden ser tratados quirúrgicamente.

Todas estas razones son motivos más que suficientes y que justifican ampliamente la presente publicación, que el autor divide en dos partes, con arreglo al anterior criterio; una primera parte, con lo que el autor denomina «Neoplasias médicas», con los linfomas malignos, las leucemias y el mieloma, y una segunda parte, en que estudia el «Tratamiento médico de las neoplasias quirúrgicas en el neuroblastoma», cáncer de pulmón, cáncer del tiroides, cáncer del ovario, cáncer de la mama y cáncer de la próstata.

Termina con un apéndice, en el que da normas sobre la inyección intracavitaria de isótopos radiactivos.

Esta ligera exposición da idea del contenido de este útil libro, producto de la dilatada experiencia de su autor, que tiende a facilitar la muchas veces ingrata labor del médico general, y que, sin duda, la lectura de este libro le dará facilidades para la solución de muchos problemas que en la práctica de esta faceta terapéutica se le pueden presentar.

La traducción, nada fácil, ha sido resuelta a la perfección, resultando correcta en todos sus aspectos; la bibliografía es abundante, y todo ello hace esperar que este libro será recibido con el mayor agrado.—M. VICENTE CARCELLER.

RÈANIMATION, *por* H. KILLIAN *y* A. DÖNHARD. *Traducción francesa de la edición alemana por el doctor* J. L. WOLF-FRIED. *Un vol. (16 por 24'5 cm.) de 285 páginas, con 93 figuras (esquemas, dibujos, láminas) en el texto; rústica. Precio: 3.350 francos. G. Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeón, París, VI. 1958.*

EN cinco capítulos está dividido el contenido de esta obra: Historia, Observaciones sobre las bases de la reanimación, Técnica, Transporte, Formas especiales de asfixia y de anoxia.

El interés de esta publicación, siendo grande, no hace falta destacarlo, puesto que la reanimación es de la mayor importancia, tanto médica como médicoquirúrgica, y de urgente necesidad en la mayoría de los casos; pero además, complementando las actividades del anestesiólogo, ha formado en conjunto una auténtica y verdadera especialización, que permite en la gran mayoría de los casos que el cirujano pueda dedicar por entero su atención al acto quirúrgico, y todo ello en un auténtico beneficio para el operado.

En el capítulo V estudia todas las formas especiales de asfixia y anoxia, que, como es lógico, casi todas ellas son de la incumbencia de la Medicina de urgencia.

Por todo ello, libros como el actual llenan un vacío que antes existía, no sólo en las bibliotecas, sino en la formación y perfecta capacitación en doctrina y técnica que abarca el preoperatorio, el tiempo operatorio y el postoperatorio, ya que todo ello halla adecuada y justa exposición en este libro. De aquí que no dudemos en recomendar su lectura, sobre todo, a los anestesiólogos reanimadores, que son los que más específicamente encontrarán todos los datos y técnicas directamente aplicables en su práctica diaria.

Con una presentación muy agradable, se trata de un libro que es una excelente adquisición.—M. VICENTE CARCELLER.

DOLOR DE CABEZA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO PARA EL MÉDICO PRÁCTICO, *por el doctor* HARTWIG HEYCK, *docente de la Clínica Psquiátrica y Neurológica de la Universidad Libre de Berlín. Prólogo del profesor* H. KRAYENBÜHL, *y traducción del doctor* CIRIL ROZMANN BORSTNAR, *de la Clínica Médica Universitaria de la Facultad de Medicina de Barcelona. Un volumen (20 por 13'5 cm.) de 306 páginas, con 9 figuras intercaladas. Editor Manuel Marín & Cía. Barcelona-Madrid, 1959.*

SU título y presentación tienen indudable fuerza atractiva y predispone favorablemente a su lectura con la mejor de las esperanzas; su lectura responde plenamente a la idea que anteriormente se había preconcebido.

Del 4 al 8 por ciento de la población moderna requiere, por sus dolores de cabeza, alguna asistencia médica, y así, pues, el médico práctico tiene ocasión de observar, casi diariamente, a algún paciente de ese tipo, y claro es que el médico debe intentar prescribir una terapéutica más satisfactoria que la meramente sintomática; pero como su etiología es tan variada, y hasta alguna vez peligrosa de aquí que se imponga un diagnóstico diferencial mediante el cual poder ayudar eficazmente, y a menudo definitivamente, a estos pacientes hasta hoy día con frecuencia mal tratados.

Todo esto se dice en la Introducción, y nada más juicioso se podría decir en justificación del presente libro, que, como es natural, tiene que abarcar muchos capítulos que tienen de común el síntoma que titula el libro.

Trece son los capítulos que la componen, aunque el que se dedica a la migraña (jaqueca), que con la cefalalgia vasomotora constituyen el 95 por ciento de todas las formas de dolor de cabeza, y las neuralgias de la cara y de la cabeza ocupan más de la mitad del total de la obra (hasta la página 192); siguen los dedicados a los dolores de cabeza y cara de origen cervical, cefalalgias consecutivas a enfermedades vasculares orgánicas, diversas formas de cefalalgia postraumática crónica, cefalalgias de origen tóxico y medicamentoso, enfermedades de la nariz, los senos accesorios, los dientes, los oídos, la articulación témporomaxilar y la faringe que causan cefalalgias, cefaleas de origen oftálmico, cefalalgia producida por tumores craneales y enfermedades intracraneanas inflamatorias, cefalalgias por variaciones de la presión del líquido céfalorraquídeo, cefalalgia psicógena, terminando con la exploración del enfermo cefalálgico.

El plan no puede ser más amplio ni más completo. Unicamente la preparación del autor, que comenzó hace más de seis años dedicándose a esta empresa, junto a su maestro, H. Krayenbühl, en la Clínica de Zurich, le han permitido ver realizado su empeño, revisando las posibilidades terapéuticas actuales, aportando toda su experiencia personal y la de otros autores, reflejada en una abundante bibliografía.

Es un libro de fácil manejo y compendiado, destinado, sin duda, a tener gran éxito y la mayor difusión entre los médicos, a lo que contribuye eficazmente su correcta traducción; para todos nuestra sincera felicitación.

La casa editora es digna de agradecimiento, y más aún si con este libro pensase en la utilidad de toda una serie de publicaciones en las que, con un análogo métodos, los fuese dedicando a recopilar en volúmenes independientes todo lo médico y terapéutico con un sólo síntoma, al igual que ha hecho con el presente, dedicado exclusivamente al «Dolor de cabeza».—M. VICENTE CARCELLER.

PRATIQUE DU LABORATOIRE. *Segunda edición, puesta al día por* CH. JAULMES, A.; JUDE, J.; QUERANGAL DES ESSARTS. *Un volumen (16'5 por 25 cm.) de 872 páginas, con 50 figuras y numerosas tablas; encuadernación en tela. Precio: 7.600 francos. Masson et Cie., Editeurs. 120, Boulevard Saint Germain. París. VI. 1958.*

EL libro cuyo análisis nos ocupa es, como el editor advierte, una puesta al día de los métodos más comúnmente empleados en laboratorio, y de aquellos otros que, sin ser de uso diario, puedan tener una utilidad para el práctico. La obra está dividida en siete partes, dedicadas a tratar, desde las técnicas generales de laboratorio, hasta las técnicas de anatomía patológica, dedicando amplio espacio al biodiagnóstico, la bioquímica, e incluso al análisis de alimentos. Un capítulo muy sucinto, pero de gran claridad es el dedicado a la entomología-parasitología, por lo común poco tocado en esta clase de obras. Hay que resaltar la parte dedicada al estudio de la hematología, en donde destaca con especial interés la punción de los órganos hematopoyéticos y su aplicación diagnóstica (hepatograma, esplenograma, etc.).

Se trata, pues, de un libro que tiene el doble interés que representa para el analista poder encontrar en él lo elemental y lo complejo, con una exposición clara y didáctica. Tan bien presentado y editado como es costumbre en Masson et Cie.—JOSÉ MILLÁN GUITARTE.

ACTUALITES LATINES D'OPHTALMOLOGIE, *bajo la dirección de los doctores* W. Duque Estrada y G. E. Jayle. *Un volumen (16'5 por 25 cm.) de 314 páginas, con 21 figuras; rústica. Ed. Masson et Cie. 120, Boulevard Saint Germain. París. VI. 1958.*

No es tan sencillo, como parece a primera vista reunir en un solo volumen temas tan escogidos, tan acuciantes y, sobre todo, tan soberbiamente tratados y expuestos como los presentados en este libro. Cada uno de ellos es desarrollado por el autor que más se ha destacado en el estudio del mismo y el que, por consiguiente, le ha dedicado largas horas de trabajo y estudio, además de bien probada experiencia.

Los doctores de Alemeida y A. Ferreira, presentan un trabajo sobre progresos en preoperatorio y anestesia en cirugía. Se inclinan por el empleo de la anestesia general, dada solamente con la adición de Petidina (Demerol o Dolantina) a las drogas utilizadas en la potencialización.

El examen del campo visual, en su tres variantes: fotocópica, por el doctor Dubois-Poulsen; escotópica, por el doctor J. Francois y G. Verriest, y mesópica, por los doctores G. E. Jayle y L. Aubert. Se exponen técnica, instrumental, principales indicaciones de cada una de ellas, y sus aplicaciones diferenciales. Parece ser más eficiente y sensible la medición mesópica, que permite evidenciar más ciertos déficits que pueden pasar desapercibidos con las otras técnicas.

El glaucoma secundario, desde el punto de vista gonioscópico, está estudiado por los doctores Cyro de Resende y E. Quiroz. El glaucoma y Diamox, tonográficamente, por el doctor Hilton Roche. La «standardización» de los tonómetros, por el doctor J. Nordmann. El doctor A. Torres Estrada presenta nuevos datos para la determinación de la media tensional del ojo humano. Y la patogenia y alteraciones del oftalmotono en los traumatismos oculares, están muy bien desarrolladas por los doctores R. Weekers y Y. Delmarcelle.

Los doctores J. Charamis y G. Mandras, nos presentan un trabajo sobre el valor diagnóstico de la coloración rápida en el tracoma. Y el doctor Sedán, nos expone el objeto, técnica e indicaciones de la provocación diplópica.

La quinta parte del libro se halla dedicada a la patología médica. Está subdividida en patología general, en la que se estudian las manifestaciones oculares en el curso de las artropatías, por el doctor G. B. Bietti. Y la medida de la resistencia capilar sobre la conjuntiva de los diabéticos, que está estudiada y presentada por el doctor Ch. Dejean y Boukert. En la patología ocular, el síndrome de la pseudo-exfoliación capsular con catarata, está expuesto por el doctor M. Paufique y Audibert. Finalmente, en la fisiopatología, el estado actual de nuestros conocimientos sobre las relaciones ópticotalámicas, se hallan estudiadas muy bien por el doctor G. Favaloro.

Los dos Malbran exponen seguidamente una serie de consideraciones sobre las perturbaciones verticales asociadas al estrabismo horizontal.

En el aspecto de la técnica quirúrgica, el doctor W. Duque Estrada, describe un estudio experimental sobre las suturas en la operación de catarata.

La parte de terapéutica está dedicada, en primer término, al empleo de un nuevo ester hidrosoluble de la hidrocortisona, a cargo del doctor M. G. Calamandrei. Y la terapéutica de los cuerpos extraños intraoculares no magnéticos, desarrollada y expuesta por los doctores P. Perme y A. Rozan. Y, finalmente, en último lugar terapéutico, figura el intento de mejorar la función visual por las iluminaciones retinianas, especialmente en la retinitis pigmentaria, mejorando la agudeza y la adaptación a la oscuridad, a cargo del doctor Spielmann, a cuyo efecto presenta un nuevo aparato, cuyo manejo describe.

Repetimos, en suma, una elegante colección de trabajos científicos, a cual más apasionante para el especialista; muy bien recopilados, y de cuya importancia y claridad habla muy elocuentemente el bien conquistado prestigio internacional de sus autores.— A. Faci Muñoz.

OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE (*Directives thérapeutiques medico-chirurgicales*), *por* M. Aubry y G. Sénechal. *Un volumen (15'5 por 24 cm.) de 270 páginas, con nueve dibujos; rústica. Precio: 2.750 francos. Ed. Gaston Doin et Cie. 8, Place de l'Odeon. París. VI. 1959.*

Manual de la biblioteca de terapéutica médica, que dirige Ramón Turpin, dadas las modernas exigencias del ejercicio de la profesión y de la enseñanza de la medicina, ha hecho que esta parte de la especialidad haya sido entregada a los prestigiosos Aubry y Sénechal; las dotes didácticas de estos maestros ha hecho seleccionar la parte clásica, fórmulas insustituibles, magistrales clásicas, y la parte de las modernas medicaciones, que el tiempo ha sedimentado como definitivas, pero desprovistas de aquella aureola de panaceas que la propaganda equivocadamente les adjudicó.

No hay ningún específico en sus prescripciones; no hay ningún nombre registrado. pero, en cambio, en cada capítulo, hay previamente un resumen clínico, un recuerdo de la sintomatología, a veces de la etiopatogenia; y no faltan las indicaciones quirúrgicas.

Tiene cinco partes: la primera, dedicada a las enfermedades del oído; la segunda, a las enfermedades de la nariz; la tercera, a las enfermedades de faringe; la cuarta, a las de la laringe, y la última, a las de esófago.

Cierra el tratado un capítulo sobre «termalismo en otorrinolaringología», de suma importancia, revalorizado cada día más en todo el mundo; y al final un cuadro de la actividad de los gérmenes habituales en otorrinolaringología frente a los antibióticos.

A mi juicio es un manual imprescindible al médico general, al especialista de niños y al médico que se inicia en la especialidad de otorrinolaringología. — José R. Mozota Sagardía.

L'ENFANT AVEUGLE, *por el doctor* P. Balliart. *Un volumen (15 por 24 cm.) de 104 páginas. Ed. G. Doin et Cie. París. 1958.*

Pocos serán los que en uno u otro momento de su vida no hayan sufrido alguna molestia, alteración o enfermedad, siquiera pequeña, en sus ojos; y menos aún los que, bajo los efectos de la misma, no hayan sentido por un momento una ráfaga de angustia ante el pensamiento de la ceguera. La reacción es unánime. Ese, antes quisiera morirme, lo estamos oyendo los oculistas a diario en nuestras consultas. Ante el drama de la ceguera surge siempre un primer impulso de deseo de morir. Si llega, sumergidos ya en ella, viene la adaptación, y aquel deseo acaba por apagarse totalmente.

Ese mundo de los que no han visto nunca, de los que vieron y ya no ven, es maravillosamente expuesto en este librito. Una convivencia de 30 años en la Institución de Jóvenes Ciegos, ha facilitado al autor tan elocuente monografía. Cómo sienten, cómo piensan, y también cómo «ven» los ciegos: una relación sumaria de sus capítulos creemos que reflejará mejor que el más oportuno comentario, el enorme interés de esta obrita. Hela aquí:

Cómo se revela la ceguera del niño. Estadística; frecuencia y causas de la ceguera del niño. Algunos toques de historia a propósito de los jóvenes ciegos. Psicología del niño ciego. Carácter, educación, instrucción. Desarrollo de la sexualidad. Matrimonio. En el umbral de la vida; profesión y oficios. Y servicio social y ayuda al joven ciego.

El libro interesa a los padres y educadores, en un afán de procurar a ambos, elementos de juicio que les permita situar al niño ciego en las mejores condiciones de defensa. Pero también nos interesa a los oculistas, que como muy bien indica el autor, casi siempre somos los primeros testigos de la enfermedad terrible, que hemos de revelar a los padres: en esa dolorosa comunión que entonces tiene lugar alrededor del niño, debemos atenuar tan vivo dolor, y hablar de esperanza, de confianza, induciendo a pensar en un porvenir más favorable. — A. Faci Muñoz.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 401 - TOMO LXVIII
AGOSTO 1959

REVISTAS

NACIONALES

MEDICINA

CASTRO, H.; MERCHANTE, A.; ORTEGA, R., y JIMÉNEZ DÍAZ (Madrid).—«LA PARTICIPACIÓN DEL RIÑÓN EN LA REGULACIÓN HIDROELECTROLÍTICA DEL PLASMA DESPUÉS DE LA SOBRECARGA HIDROSALINA.» *«Rev. Clín. Esp.», 71, 5, 295. Madrid, 1958.*

CON el fin de comprobar la influencia que ejerce el riñón sobre la regulación hidrosalina del plasma, los autores someten a una serie de perros normales a sobrecargas con soluciones salinas normo, hiper o hipotónicas, estudiando las modificaciones que experimenta el contenido del plasma en Cl, Na, K, urea, así como el valor hematócrito y la proteinemia.

A estos mismos perros se les extirpan los riñones, y a continuación son sometidos a la misma sobrecarga, comprobando que la respuesta era idéntica a la de los perros normales.

Esto hace suponer que la regulación de la composición y volumen plasmático tiene lugar en las dos primeras horas de la sobrecarga, por intercambio con el líquido extracelular y de los tejidos, entrando en juego el riñón solamente después para la restauración del volumen respectivo de los compartimentos.

La inyección a los perros nefrectomizados de un extracto renal activo, no ocasionó ninguna modificación en esta respuesta.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

SALVATIERRA, D.; HIGUERA ROJAS, J. (Madrid).—«ACCIÓN DE LA CLORPROMACINA SOBRE LA MOTILIDAD INTESTINAL.» *«Revista Clínica Española», 72, 4, 245. Madrid, 1959.*

PARA aclarar el efecto beneficioso que sobre las crisis cólicas saturninas ejerce la clorpromacina, los autores realizan una serie de experiencias farmacológicas con técnicas *in vitro* en baño de perfusión del intestino. y en vivo sobre intestino *in situ* con la técnica de Straub-Muñoz.

En las 40 experiencias realizadas *in vitro*, se comprueba la abolición total de la motilidad intestinal con aparición de una marcada atonía. Además, el fármaco era capaz de bloquear la acción de sustancias excitomotoras, impidiendo su efecto cuando se administraba previamente.

En el animal vivo, provoca una atonía intestinal que lleva a la parálisis intestinal.

Para enjuiciar las acciones terapéuticas hay que contar, además, con el efecto como sedante general de la clorpromacina.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

JIMÉNEZ DIAZ, C. (Madrid).—«LA ENFERMEDAD DEL COLÁGENO.» *«Revista Clínica Española», 72, 2, 79. Madrid, 1959.*

REVISA el autor el concepto de las enfermedades del colágeno, término introducido por Klemperer en 1942, que ha tomado una extensión superior a la que este autor suponía.

Inicialmente, se englobaban en este grupo una serie de enfermedades poco frecuentes, como el lupus eritemato o diseminado, la periarteritis nodosa, la esclerodermia y la dermatomiositis, que tenían de común la aparición de una degeneración fibrinoide en el conectivo y en las paredes vasculares, degeneración consistente en el depósito de una sustancia parecida a la fibrina en las fibras de colágeno del tejido conectivo. Posteriormente, lesiones análogas se encontraron por otros autores en diversas enfermedades, como el reumatismo. la artritis reumatoide, y se han podido obtener artificialmente mediante la inyección de sueros extraños en animales.

El interés que ha despertado en estos años este grupo de enfermedades, se debe, por una parte, al incremento de la frecuencia con que hoy se ven en clínica, donde han dejado de ser raras, y por otra, la posibilidad de realizar un diagnóstico precoz con los medios que hoy día disponen.

A pesar de la numerosa bibliografía sobre el tema, es poco lo que de cierto se conoce sobre su etiología, pudiendo considerar como más interesantes las ideas que relacionan estos cuadros con la existencia de reacciones de tipo alérgico, que tienen lugar en el tejido conectivo, pero de un tipo especial de alergia. Existiría una disregulación, una disenzimia, que condicionaría la degradación parcial de las proteínas extrañas al organismo, dando lugar a la formación de diversos antígenos que llegarían al tejido conectivo, considerado como el medio íntimo, frente al medio interno, en el que tendría lugar la reacción alérgica.

Conceptos estos, como se ve, poco asequibles, y que no sirven para dar unidad a un grupo tan heterogéneo de enfermedades como el que constituye el grupo de las colagenosis. El concepto de enfermedad de colágeno ha servido para mejorar nuestros conocimientos sobre la patología y fisiología del tejido conjuntivo, pero por el momento no se pueden englobar en una unidad nosológica las diversas enfermedades que se ha pretendido integrar en este grupo.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

ZUBIRI (Zaragoza). — «BRONQUITIS CAPILAR: SU TRATAMIENTO.» *«Archivo de Estudios Médicos Aragoneses», páginas 103-109. Zaragoza, 1959.*

EL autor, demostrando dominar plenamente el tema que trata, tanto en su documentación doctrinal como en experiencia dilatada, a propósito de cuatro enfermitos que ha tenido oportunidad de tratar recientemente, hace una revisión del síndrome conocido con el nombre de bronquitis capilar.

Nada escapa a su perspicacia y agudeza clínica, definiéndola como enfermedad aguda y casi siempre infecciosa, señalando la suma de factores que a veces la provocan, la influencia climática, su invasión en el organismo y su traducción histopatológica. nos describe nítidamente su sintomatología: disnea, cianosis, tos intensa, repercusiones acentuadas sobre el estado general, apatía y aleteo nasal, con repercusiones a veces más o menos intensas sobre otros sistemas orgánicos. También nos precisa lo que es dable objetivar mediante la utilización de los rayos X y pruebas de laboratorio.

La última parte de su interesante trabajo la dedica a hacer una especie de revisión histórica sobre lo que se empleó con éxito en el tratamiento de la bronquitis capilar, para finalizar sentando las bases de la moderna terapéutica, que a grandes rasgos condensa así: Alimentación líquida los primeros días de enfermedad, calmantes de la tos, hipnóticos si existen trastornos del sueño o ganglopléjicos, cardiotónicos, lobelina para mejorar el funcionalismo del centro respiratorio, sulfamidas y penicilina-estreptomicina, adrenalina o efetonina unidos a cortisona, y cuando el estado del enfermo lo requiera: oxigenoterapia, hibernación, transfusiones de sangre o plasma.—LUIS DEL CAMPO.

MARTÍN ARRIBAS, G. — «CIRROSIS HEPÁTICA ANULAR. NUEVAS ORIENTACIONES.» *«Revista Clínica Española», 72, 2, 92. Madrid, 1959.*

EL autor, que ha realizado diversos trabajos anteriores sobre el tema, en los que apoya sus apreciaciones, pretende enfocar el problema etiológico de las cirrosis hepáticas desde un punto de vista original, y que debemos decir que resulta atractivo. Considera que hay que prescindir de los trabajos clásicos que consideraban la cirrosis como una reacción fibrosa del hígado, pudiéramos decir pasiva, frente a estímulos tóxicos o inflamatorios.

Para él, la cirrosis es una enfermedad generalizada, con manifestaciones lesionales, no sólo en hígado, sino en bazo, peritoneo, medula ósea, etc., y que por sus características, evolución a brotes y presencia de infiltrados plasmocelulares en los puntos afectos, hace pensar en una etiología infecciosa, por un germen que no ha podido ser aislado, pero que el autor considera de naturaleza virásica.

Considera que uno de los síntomas de las cirrosis de Laennec, la ascitis, no es debida a la hipertensión portal o a la hipoproteinemia, que no siempre existen y que por sí solas no bastan para producir ascitis, sino que se debe a una auténtica peritonitis cirrótica, diferente, naturalmente, de las peritonitis bacterianas, pero cuya naturaleza inflamatoria no tiene dudas, a juzgar por las lesiones que pueden apreciarse en peritoneo, y que consisten en infiltrados plasmo-morocíticos.

No estamos capacitados para poder juzgar la realidad de esta hipótesis, pues si bien algunos datos experimentales o clínicos apuntan contra ella, no cabe duda que los conceptos clásicos sobre la producción de las cirrosis no resisten una crítica a fondo. Creemos que el interés del trabajo reside en el nuevo enfoque de las cirrosis que el autor propone, exacto o no, pero interesante.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

HISTORIA DE LA MEDICINA

OLIVER y ZUBIRI (Zaragoza).—«EL LICENCIADO JUAN DE VIDÓS: SU OBRA MÉDICA Y LAS LUCHAS QUE ELLA SUSCITÓ.» *«Archivo de Estudios Médicos Aragoneses», páginas 49-71. Zaragoza, 1959.*

LOS autores comentan tres obras, interesantes y curiosas, que pueden considerarse

como jalones o hito en la historia de la Medicina de nuestra patria, publicadas en Zaragoza a finales del siglo XVII. La primera de ellas está redactada por Juan de Vidós, beneficiado de la iglesia parroquial de San Pablo, especie de intruso en la Medicina, pero que en aquellos tiempos estaba autorizado para el ejercicio profesional sin haber cursado las disciplinas galénicas. La segunda, debida a la pluma del médico zaragozano Borbón, que se dedica a impugnar la del anterior, diciendo que se trata de un plagio o vulgar copia traducida de un texto francés que era propiedad de un tío suyo. La tercera es una breve descripción y comentarios al libro de Vidós.

Los eruditos doctores Oliver Pascual y Zubiri Vidal, extractan interesantes párrafos de estas obras y recalcan las polémicas que se suscitaron en Zaragoza, a veces traducidas hasta en luchas enconadas, que llegaron a apasionar a médicos, clero y pueblo. Finalizan considerando a Juan de Vidós como persona inteligente y estudiosa, luchador infatigable, uno de tantos clérigos que en toda época se sintieron atraídos por los problemas médicos.—LUIS DEL CAMPO.

ZUBIRI (Zaragoza).—«PRESENTACIÓN DE UN INCUNABLE DEL QUE ES AUTOR MATEO MORETO.» «*Archivo de Estudios Médicos Aragoneses*», *páginas 249-258. Zaragoza, 1959.*

EL autor, cuyo espíritu inquisitivo le lleva a acometer empresas de índole histórica relacionadas con la Medicina, ha releído un incunable existente en la Biblioteca del Cabildo Catedralicio de Zaragoza, editado en Venecia en 1487, cuyo autor es Mateo Moreto. Se trata de un volumen escrito a doble columna, con caracteres góticos, de doscientos folios, en el que se describen hasta 733 vegetales y minerales.

El doctor Zubiri nos transcribe la traducción de la dedicatoria y de algunos capítulos, para que el lector se haga una idea del contenido de la obra, que para mayor exactitud reproduce fotográficamente.

Felicitamos al autor, pues con su trabajo contribuye a mostrarnos una prueba documental, muy estimable, de cómo era la Medicina y terapéutica de aquellos finales del siglo XV, digna de ser tenida en cuenta por quien se adentre en el espinoso campo de la historia de la Medicina.—LUIS DEL CAMPO.

EXTRANJERAS

MEDICINA

ORLANDO, E.; MANARA, E.—«UN CASO DE AFIBRINOGENEMIA CONGÉNITA CON EPISTAXIS DE REPETICIÓN.» (*Un caso di afibrinogenemia congenita con epistasi repetuti.*) «*Gior. Clin. Med.*», *39, 8, 1.216. 1958.*

ESTUDIAN los autores el caso de un niño de 9 años que padecía epistaxis de repetición, que hicieron pensar en la existencia de un trastorno de la coagulación, que identificaron como afibrinogenemia congénita.

El análisis del plasma comprueba la falta de fibrinógeno. El estudio de las pruebas de coagulación (tiempo de protrombina, tiempo de coagulación), mostraron un gran alargamiento que se corrige completamente con la adición de fibrinógeno al plasma patológico.

Las pruebas de fragilidad vascular y los recuentos de plaquetas fueron normales. Localmente, se apreció la existencia de una rinitis crónica con costras que al desprenderse provocaban hemorragia.

Respecto a la etiología del poceso parece fuera de duda el carácter congénito, aunque no se encontró ningún antecedente hereditario ni de consanguinidad.

Fisiopatológicamnte, se supone que el hígado sería incapaz de sintetizar el fibrinógeno, destacando que en este caso el cuadro clínico era más leve de lo que haría suponer el grave defecto de la coagulación, apreciado por las pruebas biológicas.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

FISCHER. — «RELACIONES DE LOS LIPOIDES Y LIPOPROTEÍNAS EN EL SUERO.» (*Lipoid-und Lipoprotein im Serum.*) «*Kl. Wschr*», *34, 1.112. 1957.*

EL autor aplica los métodos estadísticos actuales a los resultados obtenidos, valorando en una serie de sujetos normales y arterioesclerosos, los lípidos totales, sus fracciones teñidas por el rojo al aceite, los valores de colesterina total y de lecitina total, así como los de estos cuerpos en las dos fracciones lipoprotéicas.

Como resultado de su trabajo, comprueban la absoluta independencia matemática entre los valores de lípidos y lipoproteína totales y su distribución en fracciones, atribuyendo esto a las fuertes e individuales oscilaciones de los lipoides contenidos en la -lipoproteína. La fijación del rojo al aceite (Redöl) por las distintas fracciones lipoprotéicas está condicionada, como lo demuestra el estudio de su coeficiente de regresión, por la distribución de la colesterina en las mismas.—PEG JUARRERO.

SCHABINSKI, G., y ALTHAMMER, R.—«ESTUDIOS SOBRE LA ACTIVIDAD DE LA ESTREPTOMICINA EN EL INTESTINO.» (*Untersuchungen über Die Darmwirksamkeit von Streptomycin.*) «*Kl. Wschr*», *36, 1.013. 1958.*

DESDE que una dosificación más adecuada de este antibiótico ha disminuído las lesiones acústicas, la atención se ha derivado hacia sus acciones secundarias sobre la flora intestinal; éstas, aunque no tan peligrosas como con las tetraciclinas, son consideradas como responsables de ciertas avitaminosis (K y B) en enfermos sometidos a largos tratamientos.

Los autores estudian la modificación de la flora intestinal en el curso de largos tratamientos, valorando previamente los gérmenes por gramo de heces y considerando como significativos cifras inferiores a 50.000 colonias, frente a una normalidad entre 10 y 5.000 millones.

Los gérmenes investigados, son: los grupo coli, del bífidus y enterococo. También se investigó la presencia de hongos, y en ciertos casos la sensibilidad «in vitro» de los gérmenes frente a la estreptomicina, comprobando la aparición de la misma en todos ellos a las cuatro semanas de tratamiento, sin que por ello aparecieron signos clínicos.

El número total de gérmenes disminuyó rápidamente en las dos primeras semanas de la administración parenteral de la estreptomicina, para luego, poco a poco, ir aumentando conforme aparece la resistencia.

Dada la complejidad de la investigación bacteriológica, proponen los autores utilizar la medida del consumo de O_2 en el aparato de Warburg, por una porción de las heces, comprobando una sensible diferencia, durante cuatro horas de incubación, entre las heces normales y las de tratados con estreptomicina.—PEG JUARRERO.

PACILIO, G., y GIORDANO, G.—«ESTUDIO DE LAS GLICOPROTEÍNAS Y DE LOS POLISACARIDOS DEL SUERO EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR.» (*Studio delle glicoproteine e dei polisacaride del siero nella tubercolosi pulmonare.*) «*Min. Med.*», *50, 5, 102. 1959.*

DADA la existencia en los enfermos tuberculosos de una marcada alteración del espectro proteico del suero, acompañada de modificaciones en el contenido del mismo en mucoproteínas y polisacáridos, los autores realizan un estudio en setenta y cinco enfermos y doce normales, que comprende la determinación de las mucoproteínas ácido-solubles, los polisacáridos mucoproteicos, los polisacaridos libres en el suero y la clásica velocidad de sedimentación.

En todos los casos hicieron estudios seriados antes y después de someterlos a tratamientos con estreptomicina e hidrazida.

Analizan los resultados estadísticamente, y deducen que el estudio de los mucopolisacáridos del suero tiene gran utilidad pronóstica en los enfermos de tuberculosis pulmonar, pues los casos más graves y de mayor actividad presentan las cifras más altas de mucoproteínas, como ya habían señalado anteriormente otros autores.

También indican que el tratamiento con estreptomicina e hidrazida hace disminuir rápidamente estos valores de mucoproteínas, como indicio de la buena respuesta terapéutica. G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

PASSERI, M. — «RESISTENCIA NATURAL A LAS INFECCIONES. EL SISTEMA DEL PROPERDIN.» (*Resistenza naturale alle infecioni. Il sistema del Properdin.*) «*Gior. Clin. Med.*», *vol. 39, fasc. 5, pág. 834. 1958. Milán.*

EL organismo humano tiene la capacidad de defenderse de los agentes tóxicos e infecciosos, aun en ausencia de anticuerpos. Entre estos sistemas naturales de defensa, se conocía el complemento, del que se han aislado y estudiado cuatro fracciones.

Profundizando estos estudios, Pillemer, en 1954, pudo demostrar la existencia de una proteína plasmática capaz de actividad inmunitaria, el properdin.

El sistema properdínico de defensa, consta de tres elementos: 1.º—El properdin, que es una globulina de elevado peso molecular, existente en todos los sueros normales a niveles variables.

Electroforéticamente emigra a nivel de la gamma, y a veces de la alfa globulina. Se puede aislar de la fracción III de Cohn, y es resistente a la tripsina. Se trata, pues, de una proteína distinta de los anticuerpos.

2.º — El magnesio, que es imprescindible a la concentración habitual en el suero para el funcionamiento del sistema. *In vitro* puede sustituirse el magnesio por cobalto, pero a una concentración mucho mayor de la que se puede alcanzar *in vivo*.

3.º — El complemento, que también interviene en el sistema properdínico. Son necesarios los cuatro componentes del complemento, y como consecuencia de la acción del sistema se inactiva la tercera fracción del complemento.

El sistema properdínico tiene capacidad para unirse *in vitro* con polisacáridos derivados de las levaduras.

El nivel de properdin del suero sería modificado por la administración de estos polisacáridos, que producirían una disminución de su nivel, seguida de posterior elevación.

Se ha demostrado una intensa acción bactericida del propersin, que permanece constante y no se agota ni se inactiva al añadir nuevos gérmenes.

Tiene también una acción estabilizadora de los virus, sin que se consuma en la reacción properdin ni complemento. Por su parte, los virus no son destruídos, pues la reacción es reversible y pueden liberarse nuevamente.

El mecanismo de acción del properdin se desconoce por completo. Parece tratarse de un proceso de tipo enzimático, necesitando para su actividad una temperatura superior a 15°.

En el hombre, los niveles de properdin permanecen constantes en gran número de enfermedades, encontrándose cifras bajas en la neumonía, pielonefritis, meningitis y otras enfermedades agudas en su fase de comienzo.

El properdin disminuye después de la irradiación generalizada en la rata, coincidiendo con la facilidad para las infecciones, que no aparece en los animales irradiados a los que se administra properdin.

En el shock hemorrágico, que también cursa frecuentemente con complicaciones infecciosas, los niveles de properdin son también bajos.

Del conjunto de datos recogidos se deduce que el sistema properdínico tiene una gran importancia en patología humana, y que a no dudar, cuando se conozca completamente su mecanismo de acción, así como sus variaciones, podrán deducirse conclusiones de orden terapéutico.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

CIRUGÍA

L. ALFONSO, R., y K. DIMAYUGA, A.—«TRATAMIENTO DEL SHOCK EN PACIENTES QUIRÚRGICOS.» (*The Management of Shock Among Surgical Patients.*) «*Philippine Journal of Srgery, Obstetrics & Gynecology*», *páginas 421-428, vol. 13, núm. 5, septiembre-octubre 1958. Manila.*

TRAS una breve introducción, los autores se ocupan de la etiología, en la que admiten tres grandes grupos de causas: I.—Reducción del volumen sanguíneo. II.—Incremento de la capacidad del lecho vascular, debido a pérdida de su tono. III.—Alteraciones cardíacas o pulmonares.

Estiman que el diagnóstico es fácil, y exponen un esquema de tratamiento. I.—Principios básicos: A) Diagnóstico exacto de su mecanismo de producción. B) Tratamiento rápido, antes de que se haga irreversible. II.—Tratamiento profiláctico: Reconocimiento previo del paciente predispuesto al shock, de modo que sus efectos, si aparecen, sean mínimos. III.—Tratamiento de urgencia: Conservar la vida del paciente, hasta que pueda ser emprendido un tratamiento definitivo. IV—Tratamiento definitivo: Dirigido a eliminar las condiciones que lo han producido y la causa. V.—Cuidados de postresucitación a los pacientes shockados, cuidados que pueden continuar durante días y aún meses.—J. RIBERA.

APARATO RESPIRATORIO

PASTAI, P., y PASCETTI, G.—«SOBRE LA ETIOLOGÍA DEL CÁNCER DE PULMÓN.» (*Sulle cause del cancro del pulmon.*) «*Min. Med.*», *60-62, pág. 1. 1959.*

REALIZAN los autores un estudio estadístico acerca de la frecuencia y tipos diversos de los tumores pulmonares, observando que son precisamente los carcinomas de origen bronquial los que han experimentado un notable incremento en los ultimos años.

Este aumento parece relacionarse con la existencia de factores exógenos, mediante la acción irritativa de los hidrocarburos cancerígenos, que fundamentalmente proceden de dos orígenes: el humo del tabaco y la contaminación atmosférica por los humos de los motores de explosión.

Es difícil realizar un estudio diferencial en el hombre de la actuación de estos dos agentes, pero consideran los autores que la ciudad de Venecia reúne unas características especiales para llevar a cabo un estudio de esta índole. Efectivamente, Venecia se encuentra aislada del interior de la península y, por carecer de tráfico rodado, la contaminación atmosférica por humos es prácticamente nula. Por otra parte, el consumo de tabaco en la ciudad es análogo al de otras ciudades italianas estudiadas por los autores.

El análisis de las estadísticas permite ver que la frecuencia del cáncer bronquial no es inferior a la de otras ciudades, por lo que descartan el papel que pueda desempeñar en la etiología la contaminación atmosférica por el humo, y consideran que la responsabilidad cancerígena debe achacarse al humo de tabaco.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

UROLOGÍA

BONOMINI, V.—«VALOR CLÍNICO DE LA BIOPSIA RENAL.» (*Valore clinico della biopsia renale.*) «*Gior. Clin. Med.*», *vol. 39, fasc. 5, pág. 727. 1958.*

SE trata de un interesante trabajo sobre el valor clínico de la biopsia renal por punción, basado en el estudio de 59 casos.

La técnica es la habitual, con el sujeto en decúbito prono, puncionando el polo inferior del riñón previamente localizado por pielografía, utilizando la aguja de Vim Silverman.

La punción fué negativa en 12 casos, por falta o escasez del trozo biopsiado, tratándose de casos de esclerosis renal.

Las complicaciones fueron leves. Una discreta microhematuria aparecía en todos los casos, cediendo a los dos días. En dos casos hubo hematuria franca, y en otro un hematoma de la celda renal.

Los dolores de tipo cólico nefrítico fueron frecuentes en los días que siguieron a las punciones.

En todos los casos, simultáneamente con la biopsia, se hizo un completo estudio de la función renal, determinando el filtrado glomerular, la excreción tubular máxima, el volumen circulatorio renal, la fracción de filtración y la reabsorción tubular, así como los análisis rutinarios de sangre y orina.

En estas condiciones se comprueba que en la nefritis aguda la biopsia permite establecer el carácter y la cuantía de la lesión renal. Tiene valor diagnóstico en las reagudizaciones para establecer el origen (glomerulonefritis o pielonefritis superpuesta).

En las formas subagudas tiene un valor pronóstico constante, siendo útil para diferenciarla de otras nefropatías con análogo cuadro urinario.

El valor de la biopsia en la nefritis crónica es pequeño e inferior a las pruebas funcionales.

En el síndrome nefrósico, la biopsia confirma, a veces, el diagnóstico hecho, pero en ocasiones permite establecer la naturaleza insospechada del proceso (amiloidosis, lupus eritematoso).

En las nefritis intersticiales, la falta de uniformidad de las lesiones limita el valor diagnóstico de la nefrobiopsia.

Parece, pues, establecido el valor diagnóstico y pronóstico de la biopsia renal en las nefropatías sistemáticas, debiendo utilizarse siempre asociado a las pruebas funcionales renales.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

TISIOLOGÍA

NITTI, V.—«LA ACCIÓN DE LA KANAMICINA EN LA MORFOLOGÍA DEL BACILO TUBERCULOSO.» (*L'azione della kanamicina nella morfologia del micobacterio tubercolare.*) «*Archivio di Tis. e Mall. App. Respir.*», *14, 3. 1959.*

LA división atípica, el polimorfismo, la aparición de gérmenes alargados o filamentosos, se producen en los cultivos del bacilo tuberculoso por la acción de diferentes agentes antituberculosos en condiciones análogas experimentales, que las que este autor y sus colaboradores emplean en este experimento con la kanamicina y mediante la ayuda de observación, por el microscopio electrónico. Fué demostrado ya, que pequeñísimas dosis de estreptomicina y de hidrazidas producen un alargamiento del bacilo en los cultivos. Tal cosa también fué demostrada empleando la cicloserina. Se dice que esto explica un primer grado de padecimiento (sofferenza) bacteriano, sin que sea incompatible con la vida de los gérmenes y hasta reversible en un cierto límite de tiempo. Esto significa la presencia de fenómenos bacteriostáticos que pueden regresar, o hacerse irreversibles en otros casos, las citadas modificaciones de la longitud bacteriana. El Pas, por ejemplo, dotado de sólo acción bacteriostática, produciría estas alteraciones (formas gigantes, filamentosas y monstruosas), y este hecho ha sido también observado a leves dosis de kanamicina.

Es sabido que el bacilo de Koch pasa por unas fases prebacilares antes de llegar a la forma de todos conocida, y el hallazgo de formas pequeñas, ovoides, con un solo corpúsculo endocelular, hace pensar que el antibiótico bloquea las fases subsiguientes a la excisión antes que pueda adquirir la fisonomía adulta, clásicamente baciliforme y con dos corpúsculos polares. En aglomeraciones bacterianas, son las periféricas las que más se afectan por la acción del antibiótico. El autor nos habla de la diafanización del protoplasma bacteriano, el más tardío interesamiento de las formaciones polares y de las partes más internas del protoplasma, siendo la cubierta bacilar la parte más resistente a la lisis por el antibiótico. El autor ve que la kanamicina a dosis débiles tiene una acción bacteriostática, y a dosis mayor, ya neta acción bactericida.—SAMITIER.

PSIQUIATRÍA

CUEVA (Ecuador). —«LITERATURA Y PSIQUIATRÍA DE PROFUNDIDAD.» «*Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas conexas*», *vol. VI, núm. 23, páginas 304-357, julio-septiembre 1958. Quito (Ecuador).*

EL autor señala la influencia que el psicoanálisis ha ejercido sobre la literatura y, a su vez, cómo los poetas han sido los precursores de la psicología profunda sin haberse dado de ello cuenta, citando a múltiples autores y obras de fama mundial que confirman estas opiniones. Puede considerarse la totalidad de lo restante de su artículo como una serie de comentarios o apostillas a la obra del profesor Vallejo Nágera, titulada «Literatura y Psiquiatría», con el que se muestra reiteradamente en desacuerdo, al

analizar su publicación capítulo por capítulo. Rebátele en su enfoque de «Medicina y Literatura», cuando sostiene la «incompatibilidad del simultáneo cultivo» de una y otra, mostrándose, por el contrario, partidario de la mutua influencia beneficiosa entre ambas al comentar los excelentes frutos que se han conseguido en todos los tiempos y países, mostrando larga lista de autores que fueron médicos. Estudia a Cervantes, analizando la conocida faceta del precursor de la moderna psiquiatría y biotipología, tras el enfoque de sus geniales obras. Defiende después a Zola de las imputaciones que le hace el profesor español, precisándonos su formación cultural, algunos de sus pretendidos fracasos, el auge que alcanzó su literatura y sus fuentes documentales. Respecto a Dostoievski, a quien califica de genial psicólogo, se dedica a analizar los rasgos caracterológicos de sus personajes, vinculándolos a la epilepsia que padecía el escritor ruso, y que, a su vez, considera como agente fecundador de sus narraciones, haciendo disquisiciones sobre el pesimismo dominante entre los literatos latinos respecto a su producción, de cuya herencia, según él, participa Vallejo Nágera, por lo que tan poco indulgente se muestra con él. Finalmente, dedica la última parte de su trabajo a estudiar algunas obras del americano Egar Poe, señalando preferentemente su tanatofilia o peculiaridad dominante en sus relatos relacionados con ideas obsesivas sobre la muerte.—LUIS DEL CAMPO.

ALIGA LINDO (Lima-.—«LA MANIFESTACIÓN DE LOS INSTINTOS EN LOS ESCOLARES.» «*Archivos de Criminología, Neurología y Disciplinas conexas*», *volumen VI, núm. 23, páginas 280-389. Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana. Julio-septiembre 1958. Quito (Ecuador).*

EL presente trabajo fué premiado por la Universidad de Lima, estudiando el autor a niños en edad escolar, desde ocho puntos de vista, cuyos resúmenes nos permitimos hacerlos de la siguiente forma:

1.º—Manifestación del instinto coleccionista: Observando los bolsillos de niños de 3 a 7 años se encuentran pequeños objetos, carentes de valor para un adulto, pero que son muy estimados por el niño, aptitud que debe aprovecharse para conseguir éxitos pedagógicos creando pequeños museos escolares y redactando periódicos o publicaciones, mediante recortes de periódicos y objetos gráficos del agrado de los escolares. 2.º—Manifestación del instinto de pugnacidad. Incumbe al maestro, como finalidad educacional, disminuir la belicosidad y el egoísmo individual de sus educandos, estimulándoles a la hermandad universal, creando rudimentarias asociaciones «por paz», «cruz roja juvenil», etc. 3.º—Manifestación del instinto gregario: Debe ser misión del maestro combatir el espíritu de formar grupos o pandillas con perjuicios para otros, viendo de establecer rivalidades de tipo deportivo y educacional, desviándose así los instintos negativos de agresividad. 4.º—Manifestación del instinto de aprobación social: Basándose en que todos los seres humanos gustan del deseo de ser elogiados por sus congéneres, la misión del maestro tenderá a robustecer las aspiraciones de sus niños dentro de normales morales, estimulando la perfección en sus tareas escolares, para sobresalir sobre los demás, para alcanzar la meta de los primeros puestos, de limpieza en sus ropas, de aseo personal, etc. 5.º—Manifestación del instinto de rivalidad, que el pedagogo debe encauzar en forma de competencia honorable, digna y caballerosa, pretendiendo que se emulen dentro de las tareas docentes. 6.º—Manifestación del instinto de imitación, tan desarrollado en el niño, que se mira en su maestro como en un espejo, por lo cual, señala el autor hasta catorce cualidades que deben adornar a quien se dedica a la enseñanza. 7.º—Manifestación del instinto de emigración, que se traduce por ausencias a clase, que de no cortarse crearán en el futuro del educando problemas de vagancia y delincuencia. 8.º—Manifestación del instinto sexual en la escuela, que debe canalizarse mediante una pedagogía adecuada, evitando que el escolar, por mala orientación o desconocimiento de los problemas, fantasee sobre ellos o se pervierta.—LUIS DEL CAMPO.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 401 - TOMO LXVIII
AGOSTO 1959
CONGRESOS Y ACADEMIAS

COLOQUIO INTERNACIONAL SOBRE EL RUIDO

PARÍS, 22-24 ABRIL 1959

DURANTE los días 22, 23 y 24 de abril próximo pasado, se ha celebrado en París el Primer Coloquio Internacional sobre el Ruido, en la Casa de la Química, en la calle Saint Dominique, organizado por el Instituto Nacional de Seguridad, bajo el Patronato de la Comisión Permanente de Prevenciones de Riesgos Profesionales de la Asociación Internacional de Seguridad Social, y con la colaboración del Centro Nacional Francés de estudios de telecomunicación.

Acudieron médicos otólogos de Europa occidental, alemanes, belgas, italianos, franceses, portugueses; asimismo, ingenieros, técnicos de insonorización, electroacústica, directores de empresas.

Se trató de reunir los resultados obtenidos en los diferentes países, sobre las cuestiones relativas a las búsquedas hechas sobre los ruidos, en lo que concierne a la insonorización de locales de trabajo, maquinaria, instalaciones industriales, como a la influencia del ruido sobre las personas y la protección de los trabajadores. Como puntos esenciales a tratar en el programa de coloquio:

1. Medidas y análisis del ruido.
2. Medidas de los efectos del ruido. Acústica fisiológica.
3. Puntos a considerar en la lucha contra el ruido:

a) Reducción del ruido:

1.—Por acción sobre las máquinas y aparatos (concepción, instalación, mantenimiento).

2.—Por acción sobre los locales.

3.—Por protección individual de los trabajadores ontra el ruido.

4. Prescripciones legales relativas a la lucha contra el ruido (en Francia y otros países).

En el primer punto se trató de los métodos de medida del ruido; de los métodos de evaluación de los grados de intensidad ruidosa; de la medida y análisis de los impulsos acústicos y ruidos cortos; de los nuevos procedimientos de análisis continuo de los ruidos y sonidos.

En el segundo punto se trató de la influencia del ruido sobre las funciones vegetativas y neurovegetativas, de la influencia del estado anterior del oído sobre la constitución de la sordera traumática, de las variaciones de las tasas de potasio plasmático durante la exposición al ruido, de los efectos del ruido en la audición, de la determinación de los límites aceptables del ruido; en este punto se presentó el único trabajo presentado por el único español que acudió al coloquio, sobre «Los efectos del ruido en los productores operados de cirugía funcional del oído», que fué muy aplaudido y tomado en consideración. En el tercer punto se trató de la prospección del ruido en establecimientos industriales sobre las características ruidosas de las máquinas; sobre los ejemplos de dispositivos de insonorización instalados en máquinas; sobre determinación del ruido de máquinas eléctricas; estudios sobre ruidos de motores de aire comprimido; la lucha contra le ruido en los talleres industriales, en función de los espectros de los ruidos, y varios trabajos sobre estudios de niveles de intensidad sonora y análisis de ruidos en diversas fábricas, de distintos países.

Medidas tomadas para asegurar el aislamiento de suelos y tabiques, y de reducción de los tiempos de reverberación de locales; estudios de acción comparada de un mismo absorbente frente a ruidos estables y ruidos cortos; aislamiento antivibratil e insonorización de locales industriales.

Para la protección individual contra los ruidos y vibraciones, se presentaron modelos de tapones, cascos, bolas, etc., con los correspondientes estudios acústicos. En cuanto al cuarto punto, se expuso el estado actual de la reglamentación sobre el ruido en Francia: la relación de las reglas estipuladas por la Asociación de Ingenieros Alemanes en la lucha contra el ruido en los locales de trabajo; se trató de la diferencia entre los ruidos nocivos y los ruidos molestos; de los problemas para los trabajadores, para la vecindad; se acordó el interés vital de la sonometría, de la unidad de medidas, de la necesidad de la audiometría de los obreros, y la repetición de la misma cuando trabajan en medios ruidosos, que debe ser trimestral; la necesidad de someter los planos de toda fábrica que vaya a construirse a un acústico quien deberá informar sobre la conveniencia del permiso o modificaciones a introducir;

necesidad de prescribir aparatos de protección individual para obreros en contacto con un riesgo sonoro, cuyo tiempo de contacto ha de reducirse al mínimum; vigilancia metódica de los obreros expuestos a estos riesgos.

Como vemos, el programa fué amplio y ambicioso; el trabajo, intensivo; en las sesiones vimos al profesor E. Lübcke (alemán), Piazza, Raymond, profesor Chavasse Grognot y Gibert, Böet, Chauveau-Dumatray, Liénard, Katel, Raes, Köhler, Lubszynski, y de España al doctor Mozota Sagardía, de Santander.

Creemos que de estos coloquios internacionales saldrá una legislación, que tratará de prevenir, corregir y valorar los perjuicios que los ruidos producen en el organismo de los obreros y en su rendimiento productivo, así como tratará de reparar los perjuicios que a los porductores ocasionen los traumas sonoros, cuando sean lesiones irreversibles.

SIMPOSIUM NEUROPSIQUIATRICO SOBRE SENILIDAD

El día 20 de junio de 1959 se celebró en el Instituto Psiquiátrico «Pedro Mata», de Reus, un simposium sobre los aspectos psicológico, psiquiátrico y neurológico de la senilidad, organizado por la Asociación de Psiquiatría y Neurología de Barcelona y como sesión científica extraordinaria de dicho organismo académico. Fué escogido Reus por ser punto geográfico favorable para la confluencia de neuropsiquiatras del antiguo reino de Aragón, a quienes se invitó en tal simposium, y el Instituto «Pedro Mata», por sus enfermos mentales. Asistieron gran número de solera e importancia en la asistencia de los psiquiatras, neurólogos, psicólogos clínicos y enfermeras visitadoras, especialmente de Barcelona, siendo tal reunión un gran éxito científico y de organización, del cual vamos a intentar hacer un corto resumen.

Previas unas palabras de salutación del director del Instituto «Pedro Mata», doctor S. Vilaseca, se pasó a la lectura y discusión de las numerosas comunicaciones anunciadas, en apretada labor de cordialidad científica, que ocupó mañana y tarde, sólo interrumpida por un corto descanso, durante el cual los asistentes fueron obsequiados con una comida fría, gentileza del Instituto «Pedro Mata, y una rápida visita a tan interesante establecimiento psiquiátrico, sin duda uno de los mejores del mundo, por su situación, monumentalidad y eficiencia asistencial y científica.

En la imposibilidad de abarcar todos los pormenores del desarrollo de la reunión que referimos, verdadero congresillo geropsiquiátrico, digamos tan sólo, como puso de manifiesto el profesor Sarró en su alocución final del mismo, que se caracterizó por el elevado nivel científico alcanzado en un tema que cada día va siendo de más actualidad, a medida que se va dilatando en todos los países la duración media de la vida, lo que ha hecho nacer la rama médica de la gerontología y la geriatría, que aplicadas a la psiquiatría hemos propuesto llamar geropsiquiatría. Predominaron los temas clínicos geropsiquiátricos, pero fueron también muy importantes las aportaciones neurobiológicas, psicosociales y antropológicas por parte de los disertantes neuropsiquiatras y las visitadoras sociales, que aportaron interesantes experiencias personales y demostraron conocer a fondo la temática que se debatía en el simposium. Aunque con el peligro de incurrir en omisiones involuntarias, de las que pedimos excusa de antemano, queremos subrayar la activa participación en la lectura de comunicaciones o en su discusión, de los doctores Sarró, Vilaseca, Rey Ardid, B. Rodríguez Arias, Montserrat Esteve, Gispert Cruz, Simarro, Parellada, Alier, Sánchez Borja, Fuster Pomar, Cavallé, Ballús, Prats, Gurria, Morales, Grases, Obach, Subirá, Rallo, Arranz, González Monclús, señor Gabarró y las enfermeras visitadoras señoritas Arrasa, Enedáguila, Cambra, y el que suscribe.

Hemos creído interesante dar a la publicidad esta nota, tanto por la valía intrínseca de la reunión científica comentada, como por el acierto de haber escogido la senilidad como tema de discusión, tema que después del I Congreso Nacional de Geriatría celebrado en Barcelona hace un decenio, al que tanta participación neuropsiquiátrica hubo, y de la ponencia que hace menos haños dimos en Madrid sobre el mismo tema en la correspondiente reunión anual de la Sociedad Española de Geriatría, Sarró, Obiols, de la Cruz y el que esto escribe, no había vuelto a ocupar el lugar preferente que tuvo en Reus, en el simposium referido. En los últimos años ha menguado el entusiasmo primero geriátrico en España, según nuestro criterio; sería muy de lamentar la extinción de tal entusiasmo, porque las peculiaridades clínicas, sociales y asistenciales de la geriatría tienen plena razón de ser. A lo menos así lo entendemos los neuropsiquiatras españoles, habiendo predicado con el ejemplo en el simposium que acabamos de relatar.

Se publicará un número especial de «Anales de Medicina y Cirugía», de la Academia de Ciencia Médicas de Barcelona, para las comunicaciones de tal simposium.—SOLÉ SEGARRA.

HOSPITAL MUNICIPAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

REUNIONES DEL CUERPO FACULTATIVO

SESIÓN DEL DÍA 13 DE MARZO DE 1959

CODERCH DE SANS, J. — «EL ENTRENAMIENTO AUTÓGENO DE SCHULTZ EN MEDICINA PSICOSOMÁTICA.»

Este método se basa en la necesidad de que el enfermo consiga relajar sus músculos y luche contra el denominado «síndrome de contención» que, originado por el bloqueo voluntario de sus impulsos antisociales, termina paralizándole su vida personal o haciéndola sumamente difícil y penosa. Este síndrome ha sido principalmente estudiado bajo el enfoque psicoanalítico, por Fenichel, quien lo encuentra caracterizado, de una parte, por diversas inhibiciones de las funciones del yo, y de otra, por la presencia de penosas sensaciones de tensión, angustia, fatiga, flojedad, o, por el contrario, de irritabilidad y deseos de estallar.

Para este ejército de sufrientes, que incapaces de liberar o dominar sus conflictos, los prenden o aprisionan, es decir, los contienen con esfuerzo, no hay duda de que la autorrelajación es un recurso de inmediata eficacia.

Brevemente recordemos que Schultz divide su curso en nueve fases, que son las siguientes: 1) Relajación del cuerpo (sentir el peso del cuerpo). 2) Oclusión palpebral (dejar caer los párpados). 3) Relajación anímica (sentirse tranquilo y neutro). 4) Gravitación braquial (el brazo gravita o pesa). 5) Termogénesis (se siente el calor corporal). 6) Normalización cardíaca (se conciencia el pausado latido cardíaco). 7) Normalización respiratoria (se conciencia el ritmo respiratorio). 8) Termogénesis abdominal (el vientre está caliente y desprende calor); y 9) Enfriamiento frontal (la frente está fría en relación con la tibieza corporal).

Tales ejercicios deben ser inicialmente controlados por el psicoterapeuta; se realizan dos o tres veces en breves minutos durante el día, estando el paciente tendido o, en su defecto, reclinado.

BARGUÉS ALTIMIRA, R. — «UN CASO DE POLIPOSIS INTESTINAL.»

Se presenta un caso típico de poliposis rectosigmoidocólica o adenomatosis difusa, en un enfermo de 47 años, con veinte años de sintomatología, al que le fué practicada una extirpación total de intestino grueso, dejándole un ano ileal. El estudio histológico de las piezas revela la presencia de zonas de degeneración neoplásica.

OBACH BENACH, J. — «TALALGIAS.»

Se descartan las talalgias producidas por la llamada aquilodinia o bursitis posterior del calcáneo; las producidas por osteítis, sean específicas (Koch) o cócicas, etc., por ser entidades clínicas bien definidas y tener tratamiento específico para cada caso.

No se han estudiado tampoco, por no ser del tema de la comunicación, las talalgias producidas por posibles neoplasias afincadas aquí, trastornos vasculares como los posttraumáticos, etc. Tampoco se insiste en el posible origen gonocócico o luético del talón doloroso, por haberse demostrado actualmente que son de presentación muy rara.

Se ha descrito el inicio de la enfermedad de Paget en un talón doloroso, cosa que no hemos hallado. Tampoco hemos encontrado la rareza del talón doloroso en una gripe, tifoidea, etc., aparte de que hemos operado en pacientes ambulatorios y, por tanto, difícil de ver entidades de este tipo.

En veintiséis casos encontramos un 36 por ciento aproximado de pies insuficientes como causa de talón doloroso, a pesar de que las dos terceras partes había también un espolón que no lo hemos considerado doloroso por ser la imagen radiográfica de dicho espolón perfectamente normal.

Admitimos que existen infinidad de espolones calcáneos asintomáticos; pero en nuestra estadística hemos encontrado que aproximadamente la cuarta parte de las talalgias

eran producidas por espolón calcáneo doloroso.

En cuanto a los reumatismos de base inflamatoria que han acudido a nosotros con el único síntoma de dolor en los talones, hemos hallado el 30 por ciento aproximado de todas las talalgias. La mayoría de ellos era en reumatismos todavía desdibujados, es decir, casos que con el tiempo evolucionan hacia una fiebre reumática, poliartritis crónica progresiva, espóndiloartritis anquilopoyética, etc.; o sea, en una fase precocísima y en donde nosotros podemos realizar más efectos terapéuticos.

Finalmente, en dos casos no hemos podido hallar causa razonable originaria de su talalgia.

MAS OLIVER, J.—«INJERTOS DÉRMICOS. PROCEDIMIENTO FÁCIL PARA SEPARAR LA EPIDERMIS.»

Los injertos dérmicos se aplican de dos maneras: bien en forma de piel total, o en el de la dermis desprovista de la capa epidérmica mediante el dermatomo.

El uso de la piel total propiamente dicha, o sea, el de la dermis y epidermis conjuntamente, produce a veces inflamaciones que pueden causar el fracaso del injerto.

Que esto así sucede, se comprende fácilmente desde que el organismo acepta e incorpora la dermis solamente y tiene, por el contrario, que desintegrar y absorber la totalidad de las formaciones epiteliales, de entre las cuales la de mayor cuantía está constituída por la epidermis.

Injertar la dermis desprovista de la epidermis era, hasta ahora, imposible lograrlo sin un dermatomo, el uso del cual tiene, entre otros inconvenientes, el de debilitar la dermis a partir del mínimo representado por la supresión del lecho papilar.

Por analogía con lo que sucede en la formación de ampollas por quemaduras de segundo grado, nos pareció que podría lograrse la supresión de la epidermis mediante el calentamiento de la porción de piel correspondiente. En efecto: sumergiendo la piel en suero salino calentado a no más de 56 grados durante unos dos minutos, se logra, por simple frotación con una gasa, el desprendimiento de la totalidad de la epidermis, sin que en ella quede rastro en los fondos interpapilares.

Microscópicamente no se observan en la dermis así tratada, y para nuestros fines, alteraciones dignas de tener en cuenta.

Con su uso no hemos observado ningún fenómeno de intolerancia.

Esperamos poder dar prontamente más precisiones respecto al proceder apuntado, que invita al uso de los injertos dérmicos sin la aversión que provoca, para hacerlos fáciles, el uso de la piel total.

MARTÍNEZ GONZÁLEZ, M.—«ENSAYOS CON PENTOLINIOS EN HIPERTENSOS.»

Entre las drogas utilizadas en el tratamiento de la hipertensión, se hallan los ganglioplejícos, que, aun cuando realmente eficaces, ofrecen dificultades y peligros que impiden su libre empleo sin meticuloso control. De ahí que se esfuercen los químicos farmacéuticos en encontrar fórmulas menos peligrosas.

Ultimamente se propugna el empleo de los pentolinios, que serían menos tóxicos y más manejables, por lo que hace ya un año se emprendió en nuestro Servicio un trabajo de control en el que nos proponíamos ver si las dosis terapéuticas por vía oral (la forma más adecuada a los tratamientos de sostenimiento) producían efectos apreciables en el electrocardiograma inmediatamente después de su administración.

Para ello, nuestro colaborador doctor Simón obtuvo electrocardiogramas en las doce derivaciones habituales (en decúbito y de pie) a veinticuatro sujetos, casi todos hipertensos y con signos de sobrecarga ventricular izquierda, antes y de dos a cuatro horas después de administradas dosis oscilando entre 40 y 120 miligramos de tartrato de pentolinio.

Se pueden observar cambios en la onda P, pero sobre todo en ST y T, que algunas veces sugerían mejoría en los trazados, pero que las más de las veces eran cambios que se habían de interpretar como perjudiciales.

Por distintas razones que se exponen, se llega a la convicción de que los efectos perjudiciales observados no se deben a una acción tóxica del medicamento sobre el miocardio, sino que hay que atribuirlos a las modificaciones que en el rendimiento cardíaco imponen los cambios en el aporte sanguíneo por atonía venosa, hipotensión, etc., con la consiguiente hipoirrigación coronárica y anoxia subsiguiente.

Esto conduce a la conclusión práctica de que también con los pentolinios, como con los hexametonios y demás ganglioplejícos activos, es necesaria mucha prudencia y control, empezando por dosis pequeñas de tanteo y no dejando en manos del enfermo el uso indiscriminado de estos fármacos.

SESIÓN DEL DÍA 10 DE ABRIL DE 1959

BASSA GRAU, M. — «UN CASO DE ERITEMA LEPROSO.»

Se presenta un caso muy curioso de una enferma en la que después de una pleuresía aparecieron brotes de nódulos eritematosos violáceos en brazos y piernas, acompañados de dolores articulares, que fueron tomados y tratados como eritema nudoso o eritema polimorfo por varios colegas, hasta que al consultar al Servicio de Reumatología de este Hospital y advertirse que la clínica no correspondía a tales afecciones, se nos remitió la enferma, pudiendo hacer nosotros, por el aspecto general, las características de las lesiones y por la clínica, el diagnóstico de lepra lepromatosa, que posteriormente se confirmó en el laboratorio, tanto por la baciloscopia fuertemente positiva como por el examen histopatológico.

Mientras se tramitaba el ingreso de la enferma en un leprocomio, se inició un tratamiento con sulfonas, prednisona y vitaminas. Las sulfonas tuvieron que cambiarse por hidrácidas, pues a pesar del tratamiento coadyuvante con la prednisona, la enferma presentaba brotes de reacción leprosa que no volvió a presentar después de reanudar la terapéutica con sulfonas-prednisona al cabo de un mes de tratamiento con hidrácida-prednisona. La enferma mejoró considerablemente de sus lesiones clínicas, si bien persistió la baciloscopia positiva a su ingreso en el leprocomio al mes y medio de ser diagnosticada.

ALIER OCHOA, A.; CERCÓS GARCÍA, J.; y PACHECO OLIVERAS, J.—«CONTRIBUCIÓN AL TRATAMIENTO DEL HALLUX-VALGUS.»

Se señala la importancia y frecuencia del hallux-valgus como afección compleja asociada habitualmente a otras malformaciones del pie cuya tratamiento completo es imprescindible para un buen éxito terapéutico.

Se indican las bases del tratamiento quirúrgico, que se fundamenta en la corrección de la desviación del dedo, en la resección de la exóstosis, en la conservación del punto de apoyo anterointerno normal del pie, en la obtención de una articulación metatarso-falángica móvil y en la corrección de las otras malformaciones coexistentes.

Se describe la técnica operatoria del método Brandes-Wallet modificado como el más eficaz y simple de los descritos.

Se insiste en la simplicidad y comodidad del tratamiento postoperatorio y en los ejercicios de recuperación funcional.

ESPINÓS TAYÁ, L. — «ELECTROFORESIS NO HEMÁTICAS.»

Las proteínas están muy difundidas en el organismo; en unos casos conservan todavía la composición hemática; en otros, el número de fracciones es diferente, mayor o menor.

Varían en diferentes afecciones o condiciones: el campo de investigación es muy extenso. El estudio electroforético de las proteínas de la sangre debe completarse en muchos casos con el de las proteínas alteradas en otros lugares: orina, líquido céfalorraquídeo, etc., obteniéndose de esta manera un estudio más completo y una valoración clínica mejor en cuanto a diagnóstico, pronóstico, evolución y, en algunos casos, tratamiento.

Además de los líquidos, constituyen el armazón de los tejidos, órganos y aparatos. Algunos de ellos ha sido posible su estudio normal y patológico, dándose ya algunos resultados.

CANTENYS CERVERA, J.—«APLICACIÓN DE ELEMENTOS RADIACTIVOS EN CIRUGÍA.»

Se hace breve historia de los radioelementos naturales: rádium y mesotorio, y se entra de lleno en los radioisótopos artificiales, que han venido a complementar y ampliar le campo de los primeros. Hay gran cantidad y variedad de radioisótopos artificiales, y en particular de elementos que participan en la constitución del cuerpo humano. Su valor terapéutico está en la amplia gama de radiaciones emanadas y el semiperíodo de vida corto en muchos de ellos, lo que hace que se puedan aplicar intracorporalmente. Se aboga por la íntima colaboración cirujano-radiólogo, ya que éste es el único capacitado para hacer la indicación, forma de aplicación y dosis.

Se señalan varias formas de aplicación: instilación intracavitaria (intraperitoneal e intrapleural). Los elementos usados son el Au^{198} y el fosfato crómico radiactivo, por su breve período de semidestrucción y producir radiaciones beta no penetrantes. Infiltración intersticial en cáncer de próstata, mama, cervix, etc. Implantación intersticial: alambres de Ta^{182} y granos de Au^{198}. Infiltración directa de tumores incompletamente extirpables por el cirujano. Se citan dosis y métodos y se comparan resultados.

DE DALMASES GOSÉ, R., y COTS PARCERISA, R. — «OSTEOSCLEROSIS NEUMOPÁTICA.»

Hacen el estudio clínico-radiológico de un caso que presenta una intensa ósteoesclerosis de todos los huesos planos y cortos del esqueleto, incluso los del cráneo y cara, con hiperostosis periostal generalizada de los huesos tubulares de las extremidades y marcada

ósteoporosis de tipo hipertrófico de las epífisis, coexistiendo con una tuberculosis pulmonar fibrocaseosa.

Los autores ponen de relieve la conocida aparición de osteopatías en el curso de procesos pulmonares crónicos, y llaman la atención sobre la singularidad del caso estudiado, que si bien presenta en los huesos largos la osteítis envainante de las diáfesis, de Renon y Geraudel, anomalía radiológica típica del síndrome de Pierre Marie, faltan, en cambio, para poder asimilarla al mismo, el aumento de volumen característico de manos y pies, las alteraciones ungueales y los dedos en palillos de tambor. Tampoco puede incluirse en el síndrome descrito por Farreras Valentí bajo la denominación de «ósteosclerosis endostal neumopática», pues faltan en él la periostosis envainante de los huesos tubulares, que es patente en el caso referido.

Hacen el diagnóstico diferencial con otras osteopatías esclerosantes, y concluyen sugiriendo, a tenor de esta observación y con las reservas que impone el tratarse de un solo caso, la posibilidad de que determinadas neumopatías crónicas sean capaces de interferir en la biología ósea, dando lugar a las formas periostales tipo Pierre Marie, a las formas esclerosas endostales de Farreras Valentí y a formas mixtas, como la que es objeto de esta comunicación.

Sesión del día 8 de mayo de 1959

ALVAREZ FERNANDEZ, F.—«Comentario a las biopsias hepáticas por punción practicadas en nuestro servicio durante el año 1958.»

Se presentan 18 casos de biopsia hepática por punciones, señalando brevemente las indicaciones y contraindicaciones de la misma.

Hacen, también, una exposición que relaciona el diagnóstico clínico y el histológico, con proyección de microfilms, de cada uno de los 18 casos estudiados.

PUJOL SOLER, R.—«Tratamiento de las hemorragias por hipertensión portal.»

Tras un bosquejo de la patogenia de las hemorragias por varices esofágicas, se entra en el tratamiento, creyendo eficaces las derivaciones vasculares, anastómosis portocava, porque con ello se descarga la hipertensión a nivel del sistema portal. Se creen útiles también las operaciones de desconexión, tipo gastrectomía, que no actúa sobre la presión portal, pero sí sobre el aflujo de sangre a las varices esofágicas; parece ser que el reflujo ácido al esófago juega un papel importantísimo en el desencadenamiento de las hemorragias; este reflujo ácido sería suprimido con la gastrectomía amplia. Cada uno de estos dos procedimientos tiene sus partidarios. Las anastomosis portocavas tienen ciertas ventajas sobre la gastrectomía y viceversa. El autor ha tratado a dos enfermos con hemorragias abundantes por varices esofágicas mediante gastrectomía, obteniendo éxito en ambos casos. Sería interesante observar y sacar conclusiones de los efectos que una operación de derivación produce en el hígado.

LLOVERA GRASES, J.—«Estricturotomía ascendente.»

En el tratamiento de la dacriocistitis supurada, empleamos siempre como tratamiento de elección la dacriocistorrinostomía, que que nos da casi siempre resultados satisfactorios.

La operación, larga, sangrante y pesada anteriormente, se ha vuelto en la actualidad, sencilla y relativamente corta. En un principio se practicaba la trepanación de la apófisis ascendente del maxilar, con escoplo y martillo, y ahora con fresas y trépanos que acortan considerablemente la duración de esta intervención. Esto, ayudado del uso de coagulantes y antibióticos, proporcionan un porcentaje de éxitos cada día mayor.

Hay enfermos que, por causas especiales, no son susceptibles de ser sometidos a este tratamiento (tabique óseo muy grueso, células etmoidales, rinitis, etc., etc.). Para evidenciarlos se muestran radiografías de constrastes con lipiodol, antes de toda dacrio.

Para estos enfermos, es para los que propongo se intente siempre el drenaje del saco lagrimal por vía endonasal, que tiene la ventaja, sobre la estricturotomía, superior de no lesionar los canalículos y poder mantener la integridad esfinteriana de los mismos.

SAVAL VIDAL, F.—«Disglucosis.»

Se observan en clínica una serie de variaciones en el metabolismo hidrocarbonado, traducidas por intensas variaciones de la glucemia, sin que puedan atribuirse a estado orgánico lesional alguno.

Son evidentes los estados hiperglucémicos consecutivos a lesiones orgánicas cerebrales o de los centros nerviosos, sean de tipo clínico o experimental.

Se concede, en clínica, poca importancia al cuadro de la diatonía neurovegetativa, bajo el punto de vista de primera etapa de cuadros patológicos que posteriormente serán irreversibles.

El hipotálamo constituye uno de los centros de regulación más importante del metabolismo de los hidratos de carbono.

Conocemos la enfermedad diabética cuando está instaurada, pero desconocemos totalmente la prediabetes. Cuando la diagnosticamos, no la curamos; la compensamos.

Muchos casos de diabetes o de hiperglucemias diabéticas son, en múltiples casos, agotamiento del órgano efector —páncreas—, en los que, si pudieran ser estudiados mucho antes de la aparición de la hiperglucemia ya irreversible espontáneamente, hallaríamos la sorpresa de encontrar estados hipoglucémicos.

Sin pretender crear una patogenia de la diabetes, y mucho menos una etiología, estimamos que debe prestarse especial atención a los sujetos que con antecedentes diabéticos familiares presentan sintomatología vaga, que se etiqueta sistemáticamente de distonía neurovegetativa, se trata con sedantes, y debería ser tratada con un estudio profundo de toda la personalidad enferma.

SUBIRANA, A.; PUNCERNAU, R., y HERNÁNDEZ, A.—«Consideraciones sobre la recuperación completa de los transtornos hemipléjicos y afásicos en un caso de trombosis carotídea izquierda.»

Se trata en esta comunicación de un enfermo visto en nuestro dispensario, que había presentado hacía quince días cefaleas intensas de localización frontal, y un cuadro afásico acompañado de ligeros transtornos motores y sensitivos en el lado derecho. La existencia de unas ligeras molestias oftalmológicas en el ojo contralateral a la hemiparesia, permitió hacer el diagnóstico de trombosis carotídea, diagnóstico que se confirmó al serle practicada una angiografía cerebral.

Interesa destacar que este enfermo, aun cuando era manidextro, tenía seis familiares consanguíneos zurdos, y que había trabajado durante mucho tiempo en una fábrica en la que intervenían preparados a base de nitrocelulosa. Al ocurrirle la trombosis, hacía un mes que había dejado este trabajo.

El examen neurológico mostró un síndrome afásico expresivo y receptivo, pero con predominio del primero, y un discreto síndrome piramidal deficitario en lado derecho. Los transtornos sensitivos en el momento del examen eran normales y se limitaban a ligeras parestesias.

El examen neurooftalmológico dió, en cambio, una ligera reducción concéntrica de ambos campos visuales, más acentuada en el lado izquierdo, y una ligera disminución de la presión sistólica de la arteria central de la retina de este mismo lado.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 401 - TOMO LXVIII
AGOSTO 1959
SECCIÓN VARIA

LA INQUISICIÓN EN LA MEDICINA DEL SIGLO XVI

POR

DON GINÉS PARRA JIMÉNEZ

PRESIDENTE DE LA AUDIENCIA TERRITORIAL

ZARAGOZA

HUSMEADOR de cosas viejas, un buen día, entre los recovecos de unas camarillas en la casa que fué de mis abuelos maternos —farmacéutico él, «boticaria» consorte ella, por cierto muy versada en ungüentos y cataplasmas, como todas las «boticarias» de pueblos españoles del novecientos, cuando las boticas eran boticas, cuando aún la medicación manufacturada no había sustituído en los anaqueles a los clásicos botes con latinos nombres de Linneo o con nombres de sonora herboristería castellana—, entre los recovecos, digo, de aquellas camarillas apareció a mis ojos un auténtico tesoro. No era la botica de mis abuelos, que yo conocí; botica del siglo XIX, con su cacharrería en fina porcelana inglesa enfiletada de oro, sino quizá la botica de los abuelos o bisabuelos de mis abuelos, entre los que perduraba una continuada tradición profesional. Allí, multitud de botes en barro cocido, que luego hemos visto en los museos, catalogados entre los de «farmacia española del siglo XVII»; allí las cantarillas de barro vidriado en verde, de clara ascendencia mora, archirreproducidas en los lienzos de Néstor, de Julio Romero, de Rodríguez Acosta, de Carazo, de Eugenio Hermoso; allí las retortas de vidrio soplado templadas en la Mallorca del Renacimiento; las alquitaras de cobre de Italia, imprescindibles a la rudimentaria química del XVII; viejos libros en pergamino, con asuntos teológicos o morales, y, entre ellos, un libro; un libro editado en el Siglo de Oro castellano, con la emoción de lo auténtico en su diligencia oficial manuscrita: «Expurgado por la Comisión de los Señores Inquisidores, en Granada, en expurgatorio de 1655». Y en él, las tachaduras de la Santa Inquisición; tachaduras que los siglos —¡oh, ironías de los siglos!—, al sobresalir la tinta de imprenta sobre el negro lápiz del inquisidor, se han convertido en subrayados, para las generaciones de hoy, que pueden leer todo lo vitando, sin necesidad de pasar la vista por lo que el censor estimó inocente.

¿Quién hubiera dicho a aquellos graves Padres de la Iglesia que, lejos de echar un púdico velo sobre lo prohibido, señalaban con el dedo lo que reputaban heresíaco, inmoral o supersticioso? Otro comentarista situado en plano espiritual distinto al mío, exclamaría: «¡Magnífica leeción para la intolerancia de todos los tiempos!» Mi reacción ha sido distinta. Yo he de celebrar esta feliz circunstancia,

Conferencia pronunciada en la Real Academia de Medicina, el día 6 de junio de 1959.

que pone en mis manos un auténtico e irrebatible documento para adentrarme en el interrogante histórico abierto por la mala fe en torno a la actividad política e intelectual de la Inquisición española.

Todos sabéis que, manejado arteramente por nuestros enemigos de fuera y de dentro el tema de la Inquisición española, se han escrito las primeras abominables supercherías en las negras páginas de nuestra negra leyenda. Con el para mí feliz hallazgo de este libro, florecido en múltiples litograbados de plancha de madera, con su castellano limpio del Siglo de Oro, su altisonante dedicatoria al «Serenísimo, Inclito y Muy Poderoso Señor D. Felipe, por la Divina Clemencia Rey de Inglaterra y de Nápoles, Duque de Milán, Príncipe heredero de la India Occidental y de todos los Reinos de España, Protector y restaurador de la Fe, etc., etc.», con su pórtico cuajado en un impecable soneto de D. Luis de la Cerda —«Tú, que ganando eterno nombre y fama...»—, su Real Cédula autorizando la impresión, de data del año 1576, y su docta censura inquisitorial; contra esta negra leyenda tejeremos argumentos que aporten un nuevo rotundo «mentís» a los eternos enemigos de España y de la catolicidad española.

Pero no anticipemos conclusiones. La Inquisición en la Medicina Española del siglo XVI, es nuestro tema; ciñámonos a él.

* * *

Reina en España la majestad del Emperador Carlos V, cuando nuestra Patria marca en la Historia el cenit de sus grandezas. El César, vencedor de cien batallas, ha sido consagrado Emperador en San Petronio de Bolonia, por mano de Clemente VII, triunfa de Barbarroja en Túnez y concierta la tregua de Niza con Francia. Vuelto a España, escucha el consejo de las Cortes de Monzón, que le piden no se aleje del Reino ni exponga su sagrada persona a los peligros de la navegación y de las guerras.

Mas no son estos prudentes consejos los que de momento frenan el ímpetu glorioso del conquistador. Isabel, la dulce princesa lusa que comparte con él el trono de ambos mundos, se encuentra en estado de buena esperanza. Carlos, duro, enérgico y guerrero, sabe del reposo inefable junto a la esposa bien amada, de la infinita serenidad de sus ojos, de la taumaturgia de unas manos que disipan al tocar su frente todas las inquietudes y todos los azares. Y al regio enamorado le asalta un inconcreto presentimiento de dolores y lutos. ¿Quién es la figura magna de la Medicina en aquella época, en que florecían, junto a Vesalio, médicos tan eminentes como García de Oñate, Zamudio de Alfaro, Gómez de Sanabria y Vergara?... El doctor Andrés Laguna, reputadísimo médico, humanista insigne, comentador y traductor de Aristóteles, de Luciano, de Plinio, de Cicerón, de Dioscórides, glosador de Galeno.

Laguna estudia latín en Segovia, su tierra natal; cursa dialéctica en Salamanca; Griego, Medicina y Botánica, en París. En 1536, consolidada su fama es llamado por la Universidad de Alcalá, que le encargó de una cátedra médica. Es allí donde le manda buscar Carlos V, en la primavera de 1539, para que asista a la Emperatriz en su alumbramiento próximo. Laguna se traslada a Toledo, circunstancial residencia de la Corte, y el día 1.º de mayo, tras un laborioso parto que alumbró un infante muerto, Isabel, la dulce Emperatriz de las manos de nardo y alma de luz —así la veo yo en el inmortal cuadro de Ticiano—, regalo y reposo del César Emperador Carlos I de España y V de Alemania, rendía tributo a la muerte en un tibio atardecer que vistió de luto a todas las Españas.

Crespones y lutos por los caminos y los pueblos de España; luto y dolor inenarrables en el alma del Emperador. Una fúnebre caravana cruza la nueva Castilla, rumbo a Granada, con el regio cadáver confiado a la custodia del Duque de Gandía, cuyo sublime renunciamiento había de ocurrir pocas fechas después, y, mientras tanto, Carlos esconde su desesperación, su inconformidad, su dolor y su rabia, en el Monasterio de Sisla. Allí, la reflexión, la meditación, el místico reposo, abren su alma al perdón y a la conformidad y dispónenle el ánimo a la prosecución de sus altas tareas de gobierno. En prenda de aceptación de los designios del Cielo y de que el rencor no encuentra plaza en su alma. Carlos incorpora definitivamente al doctor Laguna a su regia cámara y consigo lo lleva en la expedición de Gante, formando parte de su propio séquito. Es éste, podríamos decir, el momento estelar de la vida del doctor Laguna. Servidor y cortesano del más grande hombre de sus tiempos, se pone en contacto con eximios centros intelectuales del mundo, frecuenta las más ilustres ciudades europeas y bebe en las principales fuentes de la cultura renacentista.

Al año siguiente de su excursión a Gante con el Emperador, Laguna se traslada a Metz, donde se conquistó el respeto de todos por su abnegada conducta durante una epidemia que asoló la ciudad; de allí se traslada a Colonia, invitado por aquella Universidad, conocedora de la elocuencia y los prestigios de Laguna, para dar un curso de conferencias que obtuvieron resonante éxito, especialmente una pronunciada en la noche del 22 de enero de 1543, titulada —el tema parece de hoy— «Europa, que a sí misma se atormenta»; en Colonia adquirió tal fama, que llegó a ser el médico de todas las familias distinguidas de la ciudad. En 1545 estuvo en Nancy, llamado por el Duque de Lorena a su servicio, y luego de fallecer este ilustre prócer, se trasladó a Bolonia, en donde aquella insigne Universidad le confirió el título de doctor. En Roma, la Corte Pontificia le colmó de honores, viéndose agasajado por muchos príncipes de la Iglesia a los que prestaba asistencia profesional, entre ellos los cardenales Mendoza y Bobadilla. En 1549 formó parte de la comitiva del Cardenal Mendoza, organizada para recibir en Italia al entonces príncipe don Felipe; al regreso, el propio Pontífice Julio III le nombró su médico de cámara. Muerto aquel insigne Papa cinco años después, Laguna vuelve a Segovia, su tierra natal, de donde, a poco, salió con el Duque del Infantado y otros magnates, en la comitiva regia que había de recibir en Roncesvalles a la princesa Isabel de Valois, prometida de Felipe II, tras cuyo viaje falleció Laguna, a consecuencia de un ataque hemorroidal según los biógrafos.

Vemos que Laguna fue uno de los hombres más célebres de su tiempo y que ocupa un puesto preeminente en la historia de la Medicina, como tratadista, como médico, como comentador y como traductor. Su producción literaria y científica es vastísima: edita obras en París, en Alcalá, en Colonia, en Amberes, en Maguncia, en Estrasburgo, en Venecia, en Roma, en Lyón, en Valencia. Pero entre tan prolija producción científica, su obra fundamental, a juicio de biógrafos y comentadores, la que le dio inmortal fama, es la traducción de «Pedacio Dioscórides Anazarbeo», con adiciones y comentarios del propio Laguna; tratado completísimo de botánica, zoología y mineralogía, con las aplicaciones médicas de cada especie, sus productos y productos derivados, enlazando en el estudio la forma de tratar todas las enfermedades y de preparar los distintos remedios aplicables.

Y éste es el libro insigne que llegó a mis pecadoras manos entre la cacharrería de una farmacia del siglo XVII, luego de pasar por las manos, a decir de los «progresistas», tenebrosas, de la Santa Inquisición. Estamos, pues, ante el más insigne libro de una de las más insignes figuras de la ciencias médicas del siglo XVI.

¿Y en este libro qué encontramos? Escrito en 1576, en primer lugar, un maravilloso y limpio castellano del Siglo de Oro; luego, una pasmosa erudición lingüística —especies hay que señala hasta en diez nombres de otros tantos idiomas—; un excepcional y documentado exponente de las costumbres de la época; un bellísimo estilo literario. En el libro hallamos también una tabla alfabética que recoge palabras cultas y raras, muchas de ellas hoy vulgares, interesantísimas a la historia de la filología...

¿Y qué más? ¿Y de Medicina? ¿Y de Inquisición? ¡Ah!, de Medicina..., de Inquisición...

Nuestra primera sorpresa de legos en historia de la Medicina es que en el siglo XVI se traduzca, y no por mera curiosidad histórico científica, sino como vademécum y suma de las ciencias médicas de actualidad, lo que se escribió nada menos que en el siglo I de la era cristiana, bajo el reinado de Nerón, época a que pertenece su autor, Pedacio Dioscórides Anazarbeo. Vemos en ello un claro exponente de algo que para vosotros no es nuevo, pero que se evidencia a los profanos ojos de modo incontrovertible: que si el Derecho llega a formas científicas de suma perfección en la Roma de Justiniano; que si la Filosofía y las Bellas Artes alcanzaron alturas excelsas en la Grecia de Platón y de Pericles; que si el genio literario de la Humanidad llegó a cimas irrebasables con la España de Cervantes y con la Inglaterra de Shakespeare, la Medicina esperaba el portentoso avance físico-químico de nuestros días para encontrar medio circundante indispensable a su florecimiento. De aquí que la Medicina del siglo XVI camine con un atraso de quince siglos, pese a que en biología brillaba ya el genio de Miguel Servet haciéndola descansar sobre bases serias, y que en cirugía, Vesalio, llegó a realizar portentosas intervenciones, entre ellas la trepanación, practicada con éxito en la persona del príncipe don Carlos, primogénito de Felipe II.

Pero acusa el libro que os comento algo mucho más sorprendente que este atraso científico tres veces pentasecular, y es ello que, en muchos pasajes, Dioscórides, el del siglo I, se nos muestra más serio, culto y ponderado que su traductor y comentador. Por ejemplo, en el tratamiento de las picaduras de abejas y avispas, que Disocórides hace a base de emplastos de malvas calientes, fomentaciones de agua marina o de salmuera, harina de cebada desleída en vinagre e instilaciones de leche de higuera. Laguna recomienda, «como remedio pronto e muy eficaz, lodo de la calle mezclado con orina, boñigas frescas aplicadas en forma de emplastro y también emplastros de moscas majadas que suelen aplicarse con admirable suceso». (Como bien sabéis, estas virtudes médicas de las moscas, aplicadas también por Laguna a la cura de abscesos de párpado, con tan popular éxito que aún perdura por estas tierras entre las gentes sencillas este procedimiento curativo, había de reverdecer en nuestros días con el modernísimo tratamiento de la ósteomielitis crónica a base de cultivos de larvas de ciertas moscas.)

Con los mismos emplastos de «boñigas frescas del buey que anda paciendo por las dehesas», curan tanto Dioscórides como Laguna las inflamaciones de las heridas recientes; y «con boñigas secas y pulverizadas colocadas sobre un poco de lana y aplicadas a la natura de la mujer (pituitrina del siglo XVI) hacen expeler la criatura del vientre». «Restáñanse —dice Laguna— las purgaciones sanguinosas de la madre después del parto, con estiércol del caballo o del asno, así crudo como cocido en vinagre, o con telas de araña o arañas quebrantadas extendidas sobre un poco de lienzo aplicadas en las partes vergonzosas de la mujer.»

De aquí —y éste es un inciso en la conferencia— se deducen, sin duda alguna, importantes hechos históricos: Con estos tratamientos de las hemorragias post-

partum, en boga desde los siglos I al XVI, recomendados y practicados por el médico de cámara de la vieja Corte de los Austrias, se explica suficientemente el fallecimiento de la pobre Emperatriz Isabel, acaecido, como hemos dicho, en 1539, al alumbrar un infante muerto; el fallecimiento de la princesa María Manuela de Portugal, primera esposa de Felipe II, muerta en 1545 a consecuencia de sobreparto; el de la Reina Isabel de Valois, tercera esposa de Felipe II, acaecido a los tres días de un parto «por una imprudencia de las camareras», según los historiadores que no han leído al doctor Laguna. Igual motivación cabe presumir para el fallecimiento de la Reina doña Ana de Austria, cuarta esposa del mismo monarca, ocurrido en Badajoz el 26 de octubre de 1580, también por consecuencia de un parto, y para el fallecimiento de la Reina Margarita de Austria, primera mujer de Felipe III, acaecido en el año 1611, a los once días de haber dado a luz al infante don Alfonso. La estadística es aterradora: de las seis primeras reinas de la casa de Austria, a partir de entrar Laguna al servicio de la Corte e imprimir en ella su estela científica, todas han muerto por consecuencia de parto, con la sola excepción de María de Tudor, segunda mujer de Felipe II, que tuvo el buen acuerdo de no venir a la Corte de España; aun cuando pienso que ni viniendo hubiera podido morir de sobreparto, porque, como sabéis, fue estéril.

Una especial consideración de enfermedades varias que aquejaron a distintos príncipes de la casa de Austria, y de sus remedios en el vademécum del doctor Laguna, nos lleva a encontrar pintorescos tratamientos del mayor interés histórico. Las fiebres intermitentes, enfermedad de que murió el Príncipe don Carlos, primogénito de Felipe II, y que también aquejó a este monarca en sus últimos días, la cura Laguna, repitiendo a Dioscórides, haciendo ingerir en ayunas al enfermo «siete chinches de lecho metidas en la cáscara de una haba» —primitivos sellos de una farmacopea rudimentaria—. Con chinches remedian también la dificultad de orinar, enfermedad que aquejó a Carlos V y a Felipe II; el tratamiento estriba en introducir una chinche (copio literalmente) por el canal de la orina, majada, en opinión de Dioscórides, del que discrepa fundamentalmente Laguna al sostener que la chinche ha de introducirse viva y no majada. (A los creadores de especialidades específicas manufacturadas ofrecemos la luminosa idea de patentar estos supositorios semovientes.)

Mas esta ingenua Medicina del siglo XVI, que lo mismo nos da recetas para curar las enfermedades que para conservar los vinos o para pegar platos rotos, tenía por fuerza que caer en multitud de supersticiones contra religión, contra dogma, contra moral, contra verdad y recta razón; y aquí precisamente encontramos la cantera en que la Santa Inquisición, la calumniada Inquisición, emplea todo su «tenebroso» poder, toda su «oscurantista» actividad.

Así, a la página 65, Laguna, después de afirmar que el laurel jamás fue ni puede ser tocado por el rayo, sostiene, y se lo tacha la censura, «que no hay cosa más eficaz para defendernos de los juicios fatales».

En la página 73 nos afirma Dioscórides, y tacha y reprueba la censura, que «unas ramas de ramno puestas a las puertas y ventanas, no deja entrar en la casa los malignos espíritus».

En la página 146, Laguna, después de cantar en muy líricos tonos las excelencias médicas de las uñas de asno, que sirven para infinitas cosas, entre otras para acrecentar la leche en las madres lactantes, ingeridas con un cocimiento de peonías, afirma, y se lo tacha la censura, que «bebidas con suero hacen a las mujeres estériles».

En la página 148 tacha la Inquisición las siguientes palabras: «empero contra los hados no hay remedio ni medicina». Y después, «la enjundia del león es remedio contra la traición y asechanza».

A la página 225 cae bajo la pluma del censor inquisitorial la siguiente *irrebatible* verdad científica: «La albahaca sembrada con maldiciones, acrece sus virtudes médicas con ella».

Y así sucesivamente se emplea el lápiz del censor en los siguientes pasajes, tachando hechicerías y bebedizos:

«Tomada la raíz del ciclamino, engendra amor y grande benevolencia.»

«Entre las virtudes de su raíz también está que aglutina las voluntades del que la come o la bebe, con las de aquellos que la ofrecen.»

«Colgada la cebolla albarrana sobre el umbral de la puerta, preserva de hechicerías la casa.»

«La ruda tiene gran fuerza contra los malignos espíritus y contra toda suerte de hechicerías.»

«La raíz del smirno tiene vigor muy grande contra toda suerte de hechizos.»

«El torongil libra de toda perturbación el ánimo.»

«La hierba sagrada es útil para purgar la casa de adversidades. Su simiente se da para bien querer.»

«El leontopodio es útil para las hechicerías que fuerzan a bien querer. Aquesta planta no se halla agora en la Natura, porque los hechiceros deben haberla talado toda para encender con ella tal llama de amor en los corazones libres y descuidados, que ninguna cosa baste para amortigualla. Sus dos especies sirven para los hechizos que concilian amor.»

«El veratro negro derrámase por la casa porque tiene fuerza de purificarla liberándola de cosas adversas. El veratro hay que arrancarlo muy apriesa, cuidando que mientras no alce el vuelo algún águila, porque entonces morirán aluego aquellos que lo arrancasen.»

¡Verdaderamente que esta implacable Inquisición española, al impedir con su censura el conocimiento y divulgación de tan «serios» productos de la investigación científica, ha privado a la Humanidad de una serie de insignes remedios contra sus más graves dolencias!

Luego, la Inquisición tacha en el libro multitud de amuletos, tan útiles a la ignorancia de todos los tiempos:

«La turquesa, si teniéndola en el dedo comete alguno adulterio, aluego pierde su nativo color tornándose verde, y a las veces se despedaza de rabia no pudiendo sufrir que en su presencia se celebre una cosa tan infame y tan torpe.» (Sin duda, con esta indiscreta condición de las turquesas se relaciona la tradición, tan arraigada entre los hombres, de proscribirlas en absoluto de sus alfileres de corbata y de las botonaduras de sus camisas.)

«El diáspero, que atado al muslo de la mujer acelera el parto, traído al cuello es remedio contra cualquier hechizo.»

«La piedra llamada del águila sirve para descubrir a los ladrones, que no podrán tragar los alimentos tocados con ella.»

«La piedra llamada jacinto, traída en un anillo de suerte que toque la carne, no permite llegar al hombre ni veneno ni fiera que arroje de sí ponzoña.»

¿Y qué otras cosas mueven la actividad del censor inquisitorial? Algún que otro tosco y rudimentario abortivo, algunas que otras recetas anticoncepcionales y ciertos pintorescos procedimientos afrodisíacos, curiosísimos, pero que renuncio

a describiros por no alzar el púdico velo que la Inquisición echó sobre auténticas inmoralidades y desvergüenzas.

Consecuencias que se deducen de lo dicho:

Tenemos a Laguna catalogado y reconocido como primerísima figura de la ciencia médica europea en su época. De otra parte, vemos cómo la Inquisición, la Iglesia, la Iglesia española que en aquellas mismas fechas escribía para gloria de España y de la Religión las inmortales páginas de Trento, se nos aparece, con su sana y discreta censura inquisitorial, a mil codos por cima de tan excelsa figura de la Ciencia.

Es, sencillamente, la Iglesia, otra vez la Iglesia, en el siglo XVI, como en los tiempos de San Isidoro de Sevilla, en el siglo VII, como en el siglo XIII con Raimundo Lulio, que continúa siendo la depositaria del saber de la época, el foco que ilumina el mundo en las tinieblas de una general ignorancia, paladín de la seriedad científica, valladar contra el error, la superstición y la superchería.

Es digno de hacerse notar que la Inquisición no abusa de su poder para hacer con la censura política de clase; así, párrafos hay en el libro que pasan ante la indiferencia del censor, en que se fustiga duramente a los clérigos por los escándalos que promueven con la embriaguez o con sus malas costumbres, o en que se nos habla de cómo en la propia Corte Vaticana eran tan frecuentes los envenenamientos, que los embajadores y magnates invitados por Su Santidad a banquetes solían llevarse, como medida de seguridad, sus propios coperos y servidores. Yo no afirmo que éstos sean hechos históricos indubitados; digo que el libro los recoge y que la Inquisición nada tacha en ellos; no cabe duda de que, al no censurarlos, se produce con un criterio perfectamente liberal.

¿Dónde está, pues, el «oscurantismo» de la Inquisición? ¿Dónde sus terribles persecuciones contra los hechiceros, cuando este libro está plagado de hechicerías y Laguna no fue quemado, ni encarcelado, ni molestado siquiera? ¿Dónde está su tiranía contra la libertad de opinar, dentro de lo permitido en las leyes?

Al mundo se le ha servido una opinión, desgraciadamente a gran número de españoles también, torcida y errónea, acerca de la Santa Inquisición. «La Inquisición impedía pensar.» «La Inquisición obstruía el vuelo científico.» «La Inquisición quemaba herejes vivos en sus terribles autos de fe.» Y así, propulsadas y propaladas calumnia tras calumnia por nuestros ancestrales enemigos, se ha ido tejiendo la leyenda negra.

Unas cuantas citas ilustrarán el veneno de estos platos, confeccionados allende las fronteras y, desgraciadamente, digeridos con fruición, incluso por muchos españoles.

Es Voltaire, en su «Essais sur les moeurs et l'esprit des Nations», el que nos nice: «La Inquisición hizo que el silencio fuera el rasgo característico de una nación que había nacido con toda la viveza de su clima cálido y fértil.»

Ahora es el inglés Smollet, en su «Estudio sobre el estado de los diversos países de Europa», el que afirma muy seriamente: «En ningún país del mundo impera la Inquisición con más horror; no hay español que no esté expuesto a la inicua persecución del Santo Oficio; la Inquisición vela cuidadosamente por que no se abran los ojos del pueblo; el ingenio y la cultura tropiezan con los terrores de la Inquisición.»

También echa su cuarto a espadas la célebre madame Stael, en «De la literature considerée dans ses raports avec les institutions sociales», exclamando que «en España la Inquisición no dejó resquicio alguno para escapar del yugo despótico».

En «L'Espagne depuis le regne de Philippe II, jusqu'a l'evenement des Bourbons», nos instruye muy seriamente Weiss de que «La Inquisición fue la causa de la muerte intelectual de España, sumida por ella en la semibarbarie».

También, desde Inglaterra —la de la Torre de Londres—, William H. Prescott, en su «History of the Reing Filippe the Second, King the Spain», lanza a los vientos de la cultura universal que, «guarecida bajo las negras alas de la Inquisición, España no disfruta de las luces que se difundieron en Europa en el siglo XVI»...

Seriamente, con todo rigor, podemos desmentir tanta superchería adobada de apariencia científica. A este fin estimamos de formidable importancia este irrebatible documento vivo que es el libro del doctor Laguna, eminencia entre las eminencias científicas de su siglo, revisado en el sentido que habéis visto por la Inquisición y en el que la Inquisición no hace otra cosa que perfeccionar la obra científica con una discreta censura, purgándola de embustes y supersticiones, en un criterio serio y ecuánime, al que nada podría objetarse por el más exigente pensador del siglo XX.

¿Qué queda en pie de esas afirmaciones de madame Stael, Voltaire, Weiss, Smollet, Prescott y tantos y tantos otros que en España y fuera de España se dedicaron a calumniarnos? A la vista del libro del doctor Laguna, creo que nada, señores. Es decir, sí, queda algo: el odio y la injusticia, sin duda también la envidia, con que ojos extranjeros miraron siempre a España.

El establecimiento de la Santa Inquisición, contra todo lo que se diga y se haya dicho, marcó un formidable progreso en nuestra vida nacional, en nuestras costumbres, en nuestra moral, en nuestra cultura, en nuestras instituciones jurídicas.

La Inquisición no fue una institución exclusivamente española. Esta es una realidad conocida por todos los iniciados en ciencias históricas, pero que conviene airear ante el gran público de nuestros días, a quien tan frecuentemente se le oculta o tergiversa la verdad con inconfesables motivaciones. La Inquisición existía en Francia desde el año 1404; fue implantada en Italia, Alemania e Inglaterra en 1418. A España llegó catorce años más tarde —año 1432—, implantada con carácter regional en Cataluña y Aragón. Al constituirse la unidad nacional por los Reyes Católicos, estos egregios monarcas pidieron al Pontífice su extensión a todas las tierras de España, lo que es concedido por Bula de 1.º de noviembre de 1478 y puesta en vigor por Real Ordenanza de 27 de septiembre de 1480, como Tribunal de fuero privilegiado y jurisdicción delegada, igual a tantos otros tribunales que a la sazón funcionaban: el de Guerra, el de Marina, el de Cruzada, el de la Rota, de Universidades, de Pósitos, de Montes, de Aguas, de Correos, de Contrabando, constitutivos de otras tantas limitaciones de la jurisdicción ordinaria.

La Inquisición española actuaba según las reglas de Derecho común; su procedimiento secreto era el generalmente practicado en todos los tribunales de su época, en España y fuera de España. La Inquisición, en lo penal, en lo procesal, en lo penitenciario, constituía el avance científico de su época.

Nos dice el profesor Saldaña, acerca de ella, que «su modo de proceder encerraba verdaderas maravillas de delicadeza y de finura en la investigación del delito, y que asombra por el espíritu de caridad que la inspiraba, que vino a dulcificar en la práctica todo el férreo mecanismo de la justicia histórica».

¿Quién no ha oído hablar de los terribles autos de fe, con una colosal hoguera en que la Inquisición quemaba a sus víctimas ante una muchedumbre posesa de instintos caníbales, en dantesco espectáculo, a veces presidido por el propio Rey,

con asistencia, como invitados de honor, de Grandes de España, Obispos, Cardenales y dignatarios de la tenebrosa Corte española?

El auto de fe, señores, era precisamente todo lo contrario: era la solemne y litúrgica reconciliación con la Iglesia de los inocentes, de los absueltos y de los arrepentidos, y la entrega a la potestad civil de los relapsos; con lo que se ponía fin a la jurisdicción eclesiástica. Las hogueras, si se encendían, las encendía el poder civil para la ejecución de la pena de muerte, porque la hoguera era forma legal de la ejecución de la pena de muerte en aquella época, como hoy lo es el garrote, el fusilamiento o la silla eléctrica. La Iglesia se limitaba al cumplimiento de un estricto deber, al definir qué era la herejía y quiénes eran herejes. Fueron las leyes civiles de la época, no las canónicas, las que sancionaban la herejía con pena de muerte, y no sólo en España, sino en todas las grandes naciones europeas; y eran las autoridades civiles, no la Inquisición, quienes pronunciaban la terrible sentencia. La Inquisición no hacía más que resolver sobre lo que en la técnica procesal moderna es conocido como cuestión previa o cuestión prejudicial; pero nunca enjuiciaba sobre el fondo del asunto; es más: demostrada la herejía, la Inquisición concedía siempre gracia a los arrepentidos, fiel a la máxima evangélica de perdonar setenta veces siete veces. Al entregar al brazo secular a los contumaces, lo hacía impetrando de la autoridad civil piedad y benignidad, constando a la página 31 del libro sobre el Orden de Proceder de los Señores Inquisidores la fórmula de entrega de los relapsos al poder civil: «Debemos relajar y relajamos a la persona de X, X, a la justicia del Brazo Secular, a la que rogamos y encargamos que haga benigna y piadosamente con él, rogando con ruego eficaz a dicha Curia Secular que modere su sentencia, no imponiendo nunca derramamiento de sangre, ni peligro de muerte, quedando excluídas expresamente la pena de muerte y la mutilación de miembros.»

Y así ocurría, y es la verdad histórica, que mientras millares de hogueras enrojecían lúgubremente el cielo de Europa, donde los acusados de simple brujería morían por centenares de millar —¡he dicho centenares de millar!—, durante todos los siglos de la Inquisición española no fue ejecutada ninguna persona acusada de tal delito ante los Tribunales del Santo Oficio, que jamás llegó a relajar ningún brujo ni nigromante al Brazo Secular; limitándose en sus penas al destierro, cárcel, penitencias espirituales y rara vez multa o azotes.

Pero, ¿qué importa la verdad histórica? «Intransigencia, fanatismos, tormentos, hogueras, persecuciones..., siempre la misma cantinela enfocada hacia nuestra Patria», dice Federico Oliván, en recentísimo artículo de *A B C*, «como si el resto de la Humanidad fuera seráfico, como si no hubiera existido también una Torre de Londres, un Enrique VIII, un Calvino, un Castillo de Sant Angelo, una Bastilla... y, sobre todo, una Siberia y unas «checas» rusas, donde el sufrimiento y el martirio llegan a desbordar la máxima noción de la más cruel barbarie...»

Pero es que España, envidiada y malquerida por los enemigos de hoy, de ayer y de siempre, parece como si tuviera el signo histórico de que sus más puras glorias se truequen, en las torpes plumas de sus detractores, en argumentos contra su propia grandeza. Y así, un día nos sirve la literatura extranjera a nuestro insigne monarca Felipe II rival en amores de su propio hijo, al que encarcela y mata. Nuestras Leyes de Indias, auténtico monumento de legislación colonizadora, nos las presentan como un baldón de ignominiosa tiranía. Ahora sabemos que el descubrimiento de América no fue obra española: fue italiana, y para Italia son todos los homenajes norteamericanos el 12 de octubre. Es de estos días el episodio de esa sesuda comisión de parlamentarios ingleses, que con toda seriedad ha pedido

al Gobierno de su país que interceda para que en España se juzgue a los presos «oyéndoles antes de condenarles», que se celebren los juicios «a puerta abierta» y que se les autorice para tener «abogados defensores»... ¿Qué más? En uno de mis contactos oficiales con personalidades extranjeras, ya como Presidente de la Audiencia Territorial de Zaragoza, una altísima dignidad del país vecino hubo de preguntarme si en España nos valíamos de leyes escritas para juzgar...

¿Ignorancia? ¿Envidia? ¿Perfidia calculada? ¿Odio? ¿Rencor? De todo un poco. ¿A qué seguir?... No pueden; que si pudieran, nos arrancarían la gloria humanística de Séneca, de San Isidoro, de Lulio, de Suárez, de Vitoria, de Mariana, de Alfonso de Castro; la gloria militar de don Juan de Austria, de Hernán Cortés, del Duque de Alba; la gloria literaria de Cervantes, de Calderón y de Lope; la santidad de Teresa de Jesús, de Ignacio de Loyola, de Francisco Javier...

La historia se repite: todos hemos sido testigos del cínico proceder de Gobiernos y cancillerías extranjeros. Cuando España —nuestra generación— se alza virilmente contra la demagogia, la desmembración y la anarquía; cuando asombra al mundo con gestas que están pidiendo la musa épica de Homero para ser debidamente cantadas, el mundo, ese mundo de las logias, del pacifismo hipócrita, de las internacionales, lanza otra vez su vil acometida de calumnias contra España y sus más excelsas figuras representativas.

Posición del español ante esta ancestral y vil campaña difamatoria: no subestimarla, sino reconocer que existe, y luchar contra ella, honrando a España en nuestros juicios, en nuestras conductas; en alto, y por encima de todo, el amor a la Patria, a sus grandezas, a sus tradiciones insignes. Y luego, fe en España: esta España nuestra que vive y vivirá, pese a todo y pese a todos, porque las hondas raigambres de su genio y de su espíritu son inmortales.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 401 - TOMO LXVIII
AGOSTO 1959
SECCIÓN VARIA

LA IMPORTANCIA DE LAS CREDENCIALES MÉDICAS (*)

POR EL

DR. EDWARD GRZEGORZEWSKI, M. D.

PROFESOR DE LA UNIVERSIDAD

PUERTO RICO

DESDE el 1.º de julio de 1958, la Asociación Médica Mundial comenzó una nueva actividad: el Archivo Central para Credenciales Médicas.

Este Archivo tiene por objeto conservar la documentación profesional de los médicos graduados en cualquier escuela del mundo, que deseen aprovechar este servicio.

Por cierto que es demasiado pronto para referirse a lo ya conseguido. Sólo deseo hacer algunos comentarios acerca de lo que el Archivo puede significar para los médicos del mundo, y también para las instituciones interesadas en cualquier aspecto de esta actividad.

Las actividades profesionales médicas, ejercitadas bien sea privadamente o en una institución oficial o pública, llevan en sí la fe del público, gracias al diploma o licencia que el médico tiene para ejercer. La misma naturaleza de las relaciones entre médico y paciente requieren intimidad y confianza mutuas. El aspecto psicológico de la actitud del paciente y su reacción ante la enfermedad no es una cuestión fácil de manejar y está encomendada a la influencia y discreción del médico. A pesar de haber venido convirtiéndose en cuestión cada vez más científica, la Medicina, particularmente en su aplicación práctica, aún permanece siendo un arte, y sus funciones no son fáciles de controlar o de prescribir. El concepto mismo del artista y su destreza son importantes principios orientadores de su trabajo. Hasta cierto punto, esto puede aplicarse también al arte de curar.

En vista de los poderes especiales de que está investido el médico, la sociedad, desde hace siglos, ha venido desarrollando medidas diversas para preservar esta posición de confianza para sus médicos. La adquisición de destreza en el campo médico y su aplicación dentro de la más estricta ética, han venido a ser características indispensables a un médico. Con variación que se acomoda al tipo de desarrollo social, en las diferentes civilizaciones se han aplicado varios sistemas para asegurar que los médicos posean las necesarias calificaciones médicas y condiciones

* Los puntos de vista del autor de este artículo son personales y no representan la opinión de las instituciones a que él está vinculado (la Universidad de Puerto Rico y la Organización Mundial de la Salud).

de ética suficientes; pero en la mayoría de los casos el grupo médico mismo representa un importante papel en el establecimiento de las calificaciones necesarias a los médicos y en la supervisión de la práctica médica. Esta función de la corporación médica responde a su propio interés de mantener en alto la dignidad de la profesión, y es al mismo tiempo una función pública en beneficio de toda la nación, que despierta el interés del país y de todos sus habitantes.

Gradualmente, y paralelo a la regulación y supervisión dentro de la profesión, en muchos países se ha desarrollado un sistema de control administrado por las autoridades públicas sobre la profesión. Generalmente, este sistema «gubernamental» lo realizan distinguidos miembros de la profesión médica; pero ellos trabajan, no precisamente en beneficio de la profesión, sino en el de las autoridades. En muchos países se desarrolló una armoniosa cooperación entre los sistemas de control gubernamentales y los sistema de la profesión médica, y en algunos casos se ha alcanzado una casi completa fusión de ellos.

Un tercer elemento surgió en el curso de la historia, cuando la responsabilidad por la conveniente preparación de los médicos pasó a las Universidades y a otras instituciones de alta cultura. La proporción y naturaleza de la responsabilidad de cada uno de los tres factores a que hemos aludido difiere según la estructura social y otras características culturales del país; pero usualmente, el Gobierno, las instituciones educacionales y los cuerpos médicos toman a su cargo esta función, asegurándose así para la población el que su cuidado médico esté a cargo de personas calificadas. En cada uno de estos elementos se basa la confianza pública en beneficio del interés de la población del país.

Es precisamente para responder a este interés, como se han otorgado las credenciales médicas que confirman que el profesional ha cumplido con los requisitos exigidos, ha adquirido suficientes conocimientos y está calificado para aplicarlos a su discreción dentro de las actuales normas administrativas, legales y de ética.

En algunos países los diplomas expedidos por las escuelas médicas (o por las Universidades a la cuales estas escuelas están afiliadas) han sido aceptados como prerrequisito suficiente para la práctica médica; pero los diplomas tienen que ser registrados ante las autoridades supervisoras en el campo de la Medicina práctica. En la mayoría de los países esto era encomendado a las secciones médicas de las autoridades administrativas; en otros, esta función era encomendada a las organizaciones profesionales basadas en las leyes del país (Cámaras Médicas, por ejemplo) o a instituciones que representaban tanto a la profesión como al Gobierno. En algunos países, la licencia para la práctica de la Medicina es independiente del diploma académico, y está expedida sobre la base de diferentes exámenes presentados ante un cuerpo especial de examinadores, algunas veces no conectados con las escuelas médicas de la Universidad. En la mayoría de los países la posesión de un diploma médico expedido por una escuela reconocida es requisito para obtener la licencia; pero en algunos (muy pocos), cualquier persona puede hacer aplicación para presentar el examen para adquirir la licencia médica, sin que importe su anterior educación (por ejemplo, y hasta muy recientemente, en el cantón de Basilea, Suiza).

Una curiosa tradición existe aún en Inglaterra, en donde el Arzobispo de Londres puede conceder licencia médica a una persona de su elección; pero este derecho, teóricamente válido, no ha sido ejercitado desde hace siglos.

Hay países en los que cualquier persona puede ejercer cualquier clase de práctica médica, y se supone que el público ha de juzgar por él mismo la calidad de los practicantes que ofrecen sus servicios. Este sistema de práctica sin supervisión

podría funcionar en muy pequeñas comunidades en donde todos se conocen y han basado su confianza en un largo trato y experiencia. Esta situación de excepción parece existir aún en el cantón suizo de Appenzell. Sin embargo, y de una manera general después de un período de relativa liberalidad (también en el campo de la licenciatura médica), hacia fines del siglo XIX, el siglo XX trajo aumento en las regulaciones administrativas y en las limitaciones. Casi todos los Estados tienen regulaciones que gobiernan la licenciatura médica, la cual se da algunas veces preferentemente a los ciudadanos que han sido educados en el país. En algunos países es casi imposible para un extranjero obtener licencia médica, aunque haya completado sus estudios médicos en el país de su nueva residencia. En muchos países, la superproducción de médicos influencia las regulaciones legislativas; pero también en otros con escasez de médicos se han introducido limitaciones similares, con la sola excepción de los médicos extranjeros que trabajan para instituciones gubernamentales. Esto ata al médico a su empleo y lo hace depender de las autoridades administrativas.

Los acontecimientos que acompañaron y luego siguieron a la segunda guerra mundial tuvieron como consecuencia el transporte en masa de los pueblos y la destrucción de muchas ciudades, y con ellas la de numerosos records oficiales y personales. Varios miles de médicos se encontraron en países extranjeros sin prueba suficiente de sus calificaciones como tales, y muy frecuentemente sin poder encontrar testigos de su ocupación anterior. Miles de médicos fueron sacrificados o desaparecieron en el cataclismo, y muchos impostores quisieron hacerse pasar por médicos, algunos de ellos usando documentación falsa.

Los médicos y otras autoridades de los países a donde los médicos refugiados llegaron tuvieron, y aún tienen, dificultades para la concesión de licencias, por no tener los documentos apropiados.

De todas las partes del mundo se ha dirigido correspondencia a las agencias internacionales pidiendo información ya sobre individuos o ya sobre escuelas médicas donde esos individuos recibieron sus diplomas. Desafortunadamente, no existió un registro internacional de médicos. Aun para la O. M. S. significó un considerable esfuerzo el compilar una lista completa (o casi completa) de las escuelas médicas existentes en el mundo.

La tendencia a perfeccionar estudios en el extranjero después de haberse graduado en el país de origen, es una vieja y reconocida práctica a través de toda la historia de la Medicina.

Antiguamente, los solicitantes extranjeros eran aceptados por los maestros según la competencia que demostraran, su anhelo de aprender y otras calificaciones. Más tarde, cuando una educación más avanzada y actualizada, del tipo llamado europeo occidental, se desarrolló primero y principalmente en Europa, hubo una considerable similitud entre los programas y la estructura de Universidades en los diferentes países, acentuada aún más por el uso del latín como común idioma de instrucción. Las Universidades no eran muy numerosas y eran generalmente conocidas a través del mundo académico, y la calidad de su enseñanza era mutuamente reconocida sin más requisitos. Esas condiciones, o al menos parte de ellas, prevalecieron hasta la primera guerra mundial; aunque el latín no siguió siendo el lenguaje común, el reconocimiento mutuo de los grados de la Universidad ha continuado en una u otra forma, aun refiriéndose a las calificaciones médicas.

La creciente complejidad de la organización de la vida moderna, el incremento en las regulaciones de todas clases, asociadas con el incremento sin precedente en las instituciones educacionales de todas partes del mundo, influenció también las

relaciones entre las instituciones de alta cultura en los diferentes países. Esto fue seguido por varias limitaciones para el libre ejercicio de las profesiones liberales, basadas en más y más rígidas condiciones que cubren el campo educacional, y en otras calificaciones.

A pesar de estas limitaciones, la afluencia de médicos buscando ampliación de sus conocimientos no sólo continuó, sino que siguió en incremento constante, excepto en los períodos de conflicto internacional o de otras calamidades.

En muchos países en donde es considerable el número de extranjeros graduados que llegan a seguir cursos de especialización, ha sido necesario tomar una serie de medidas tendentes a asegurar los mejores y más efectivos programas. Desde que la Medicina, en sus etapas avanzadas, puede ser mejor aprendida «a través de la práctica», por ejemplo, participando los estudiantes en las actividades médicas corrientes, fue necesario asegurarse de que éstos tuvieran adecuada preparación para empezar el entrenamiento avanzado. Algunos países admiten estudiantes extranjeros sobre la base de presentación de los diplomas médicos expedidos en sus ciudades de origen o en el extranjero. Muy pocos requieren además exámenes especiales. *

En relación con esto, cabe preguntar si todas las escuelas médicas preparan sus graduados en forma suficiente como para aprovechar los beneficios de la especialización en el extranjero. Pensando en el futuro, convendría considerar la creación de una base de conocimientos comunes a todos los estudiantes médicos, y que esta base fuera incluída en los programas de enseñanza de todas las escuelas. En otras palabras, podría crearse un pequeño común denominador en los círculos médicos alrededor del mundo, sin el cual ningún programa podría considerarse adecuado. Por supuesto, muchas de las escuelas médicas tienen programas muchísimo más extensos que el mínimo que se propondría, pero ninguna podría enseñar menos de la base fijada. Este problema ha sido considerado en varias ocasiones y después de la segunda guerra mundial fue discutido en la Asociación Médica Mundial y en la Organización Mundial de la Salud. La Asamblea Mundial de la Salud, de acuerdo con una propuesta del Gobierno de la India, recomendó el estudio del problema, y esto se hace actualmente en consulta con otros grupos internacionales interesados.

Dejando a un lado la consideración de si los «standards» mínimos de educación médica serán eventualmente fijados, el tema en sí es una reflexión interesante sobre el sentir básico hipocrático acerca de la unidad de la Medicina y de la profesión médica en el mundo.

La equivalencia de los grados académicos es también asunto de gran interés en la cooperación cultural internacional. La Asociación Internacional de Universidades mantiene este tema bajo estudio y revisión continua. Varios arreglos bilaterales entre diferentes países reconocen ciertos grados para propósitos académicos, particularmente para admisión a estudios posteriores. También existen convenios multilaterales, en el Consejo Europeo, por ejemplo. Sin embargo, el reconocimiento de credenciales para otros propósitos, v. g. para la práctica de una profesión liberal, es una cuestión de muy difícil consideración. Desde hace tiempo este convenio

* En los Estados Unidos se ha creado un nuevo Comité interagente para graduados en las escuelas médicas extranjeras, con el objeto de someter a exámenes a los candidatos para admisión a internados, residencias y admisión a exámenes ante los Consejos oficiales de examinadores. Desde 1960 solamente los candidatos que hayan pasado este examen serán admitidos en instituciones acreditadas también ante el Comité. Se han hecho arreglos para que estos exámenes puedan efectuarse, bien en los Estados Unidos o en ciertos lugares en el extranjero.

ha existido entre Gran Bretaña e Italia, en lo que se relaciona con la práctica de la Medicina. Los países del Commonwealth han conservado, entre otros, el mutuo reconocimiento de los grados médicos y la facultad para licenciar, basándose en un sistema designado para mantener adecuados y comparables «standards» de enseñanza.

Evidentemente que el establecimiento de un Archivo Central para Credenciales Médicas no va hasta sugerir la licencia universal o las bases comunes para curricula médica. Este es, sin embargo, un síntoma, un índice que muestra la necesidad de establecer algunos elementos comunes a los médicos del mundo, así sea solamente para un propósito práctico.

El Archivo Central Internacional para Credenciales Médicas es un modesto comienzo que puede llegar a convertirse en una actividad de primera importancia, con el incremento constante de su afán por ser completo.

La nueva actividad internacional de la Asociación Médica Mundial merece la más completa atención y colaboración del mundo médico y de las autoridades de quienes depende la licenciatura en los países miembros.

(*World Medical Journal*, vol. VI, n.º 2, marzo 1959. Philadelphia.)

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 402 - TOMO LXVIII
SEPTIEMBRE 1959

APORTACIONES A LA BIOQUIMICA DE LOS BARBITURICOS

II. MECANISMO DE TRANSPORTE DE LOS BARBITÚRICOS POR LAS PROTEÍNAS PLASMÁTICAS

POR EL

DR. VICENTE PEG JUARRERO

ZARAGORA

No creemos necesario iniciar este estudio con una exposición detallada, pero ajena a nuestro tema, acerca de las funciones atribuídas a las proteínas plasmáticas. Lo mismo podemos decir respecto a teorías sobre su formación y a sus métodos de fraccionamiento y subsiguientes denominaciones. Nos limitaremos a decir que las funciones atribuíbles a las proteínas plasmáticas, en conjunto, son hoy en día las siguientes:

Primero: Sirven como prótidos de reserva para la nutrición de los tejidos. Este es un hecho definitivamente adquirido después de los trabajos de la escuela de WHIPPLE (1938) en el perro, y de FULLER y colaboradores (1949) en la rata; ambas escuelas mantienen a los animales en equilibrio nitrogenado mediante la administración intravenosa de plasma. Estos resultados están confirmados por la experiencia clínica de la plasmoterapia.

Segundo: Contribuyen de un modo eficaz, regulando el intercambio de líquidos entre los vasos sanguíneos y el plasma intersticial. En esto, como sabemos, juega un papel importante la presión osmótica u oncótica de las proteínas, en particular de la albúmina.

Tercero: Regulando la viscosidad de la sangre, condiciona la resistencia a la circulación de la misma por el sistema vascular, facilitando un trabajo eficiente del corazón.

Cuarto: Las proteínas plasmáticas, como sustrato o como enzimas, condicionan el fenómeno de coagulación y, por lo tanto, la hemorragia.

Quinto: Por su propiedad de combinarse con las más diversas sustancias, desde los lípidos, las vitaminas, las hormonas, hasta un gran número de drogas, permiten no sólo la estabilidad de sus soluciones en el plasma, sino que los almacena y transporta.

Sexto: Como anticuerpos, o transportando a los mismos algunas de sus fracciones, tienen un papel decisivo en los procesos de inmunidad.

Nuestro trabajo se ha centrado exclusivamente sobre lo que se llama, a nuestro juicio erróneamente, función de transporte, ya que el proceso es mucho más com-

plicado y de más elevada jerarquía funcional que lo que esta denominación representa.

Al enfrentarnos con este problema, lo primero que nos sorprende es el escaso espacio dedicado a él en los recientes textos de Fisiología y Bioquímica. Hecho que coincide, naturalmente, con una deficiente bibliografía, tanto en lo que se refiere al número de trabajos como a la calidad de los mismos. Esta pobreza bibliográfica tiene fundamentalmente dos razones bioquímicas: Primera: Cada una de las subfracciones proteicas tiene distinta categoría dentro de la función global de transporte. Siendo cuantitativamente la albúmina la fracción más importante, es a ella a quien se han referido la mayor parte de los trabajos realizados y que han tenido como fundamento principalmente la función osmótica de la misma. Otra fracción, la gamma globulina, ya hemos indicado su importancia en los procesos de inmunidad; es, por tanto, desde este punto de vista desde el que se ha estudiado. Para la separación de las diversas fracciones proteicas, sólo se disponía hasta hace unos veinte años del llamado «método de salazón» (salting-out). Con el más perfeccionado de éstos, HOWE (1921) se podían separar dos fraciones: albúmina y globulina, y aun éstas, muy impuras.

Fueron los trabajos de COHN y colaboradores (1940, 1944 y 1946) los que condujeron a un fraccionamiento más completo de las proteínas plasmáticas, ya que por acción del etanol a distintos pH y temperaturas consigue nseparar seis fracciones. Todos estos procedimientos y sus similares tienen como gran inconveniente el de que alteran más o menos la molécula proteica; por esto debemos considerar que es a partir de los trabajos de TISELIUS (1937) cuando la obtención de las fracciones proteicas plasmáticas con escasa o nula alteración en sus propiedades coloidoquímicas nos permiten profundizar en esta función de transporte. Los trabajos de TISELIUS condujeron a la elaboración del método de separación de las proteínas por migración en un campo eléctrico, dentro de un líquido tampón adecuado de la llamada «electroforesis libre o de límites» (boundery electrophoresis). Este método, costosísimo en material, tiempo y cantidad de líquido necesario, ha sido superado para unos clínicos por la electroforesis de zona, en la que la migración de las partículas proteicas se hace en un soporte consistente, que, como el papel de filtro (GRASSMAN y HANNING, 1949-50), la celulosa (KÜNNEL, 1954), almidón (ACKERMAN, 1954, y SMITHIES, 1955), y principalmente el agar (GORDON, 1950; GRABAR y URIEL, 1953; POULICK y SMITHIES, 1958), etc., tienen la ventaja de permitir una separación más correcta en zona de las diversas fracciones.

Por cualquiera de estos métodos puede obtenerse una separación de las fracciones proteicas con un mínimo de alteración en sus propiedades físico-químicas que, como veremos más adelante, rigen de un modo fundamental los procesos de transporte por las mismas.

La segunda causa que justifica la escasez de conocimientos en estos mecanismos de transporte es de tipo más bien químico, ya que podemos atribuirlo a la falta de métodos para la investigación de las sustancias transportadas que tuvieran una sensibilidad suficiente para poder determinar cuantitativamente su contenido en las distintas fracciones proteicas. Esta deficiencia puede considerarse corregida por los avances en el campo de la espectrofotometría y, principalmente, por la entrada en la investigación bioquímica de las técnicas cromatográficas y, de un modo particular, por la cromatografía sobre papel (MARTIN y SYNGE, 1944; BLOCK, DURRUM y ZWEIG, 1955, y KRAMER, 1953).

En trabajos anteriores, nosotros hemos utilizado la cromatografía sobre papel para el estudio de los aminoácidos (PEG, GUILLÉN y GIMENO, 1955), de los azúcares y de los oligoelementos (PEG y PARELLADA, 1957). La electroforesis sobre papel ha sido utilizada por nuestros colaboradores (VÁZQUEZ, 1957, y GUILLÉN, 1958), para el estudio de las proteínas y lipoproteínas plasmáticas, respectivamente. No es de extrañar, por lo tanto, que hayamos querido resolver el problema del transporte de los barbitúricos por las proteínas plasmáticas, aplicando a este caso particular nuestra experiencia en estas modernas técnicas.

Antes de describir las técnicas anotadas debemos hacer notar que nuestro trabajo tiene una doble significación: por un lado, hemos querido comprobar si los barbitúricos eran fijados por las proteínas plasmáticas, y por otro, dentro de las fracciones proteicas, cómo se distribuía esta función de transporte.

MATERIAL

1.º Suero humano normal, fresco y de composición proteica conocida.
2.º Soluciones de barbitúricos en forma de sus sales sódicas.
3.º Aparato de electroforesis. Empleamos un modelo perfeccionado por nosotros mismos y que ha sido descrito en otras comunicaciones.
4.º Reactivos para la identificación de las distintas fracciones proteicas. Al revelado de las mismas se hizo con solución de azul de bromo fenol al 0'1 por mil, a la que se añade como fijador 50 gramos de bicloruro de mercurio y 50 miligramos de ácido acético glacial, para un litro de la misma.
5.º Reactivos y material para la separación e identificación de los barbitúricos por cromatografía sobre papel, así como para la investigación cuantitativa de los mismos. Todos ellos están descritos en la parte general.
6.º Papel «salchicha» para diálisis; utilizamos el de 16 mm. de ancho, proporcionado por «Bios Laboratories Inc. Americano».
7.º Tampón para electroforesis. Dado el objetivo de nuestra investigación, tuvimos que emplear un tampón distinto del habitual de Michaelis, a base de veronal.

De los diversos tampones existentes, nos pareció el más adecuado el recomendado por BLOCK (1955) y que contiene por litro de solución 0'66 gramos de $PO_4H_2Na.\ 2H_2O$ y 2'7 gramos de PO_4HNa_2. Esta solución tampón de pH 7'4 no había sido utilizada por nosotros, por lo que tuvo que realizarse una serie de experiencias previas en las que comparamos los resultados obtenidos con éste y los del mismo suero sometido a la electroforesis rutinaria con el tampón veronal de Michaelis, de pH 8'6. Como ya había sido descrito por otros autores, no aparecían las cinco fracciones proteicas que se obtienen con el veronal, ya que sólo se apreciaban de una forma definida: una, a la cabeza del trazado, con movilidad propia de la albúmina, y otra, inmediata al punto de partida, idéntica, por lo tanto, a la gamma-globulina; entre ambas había una zona difusamente coloreada, la cual fue identificada como beta-globulina, ya que no sólo correspondía su movilidad con ésta, sino que además se comprobó su riqueza en lipoproteínas mediante tinción con negro a la grasa. Por lo tanto, la fracción alfa-globulina quedaba englobada con la albúmina.

TÉCNICAS EMPLEADAS

A 10 mililitros de suero sanguíneo recientemente obtenido se añadió en cada experiencia el barbitúrico a ensayar, o bien, cuando se quiso estudiar la competición, una mezcla de oxi-tiobarbitúrico, ya que era imprescindible fuera de distinta naturaleza, a fin de poderlos determinar cuantitativamente.

Los barbitúricos en forma de sus sales sódicas se emplearon en soluciones acuosas suficientemente concentradas para que la cantidad a añadir a los 10 c. c. de suero no excediera de un mililitro. La cantidad añadida se hizo teniendo en cuenta que para la posterior electroforesis se tendrían que utilizar 100 mm. c. y que en ellos tendría que haber un mínimo de 250 a 500 gammas de cada barbitúrico empleado.

Como los barbitúricos empleados fueron en parte de origen comercial, no se consideró como concentración inicial del mismo en el suero la deducida de la cantidad añadida, sino que, después de dejar la mezcla suero-barbitúrico veinticuatro horas en reposo a la temperatura del laboratorio, se determinó dicha concentración por la técnica cuantitativa adecuada; para ello se utilizaron 4 ml. de la mezcla; del resto se tomaron 100 mm. c. para la separación electroforética, conforme luego describiremos. Los 6 ml. restantes se introdujeron en una bolsita de capacidad suficiente hecha, ligando uno de los extremos de una porción de papel «salchicha» al que previamente se había tenido a remojo en agua destilada para darle flexibilidad. Una vez introducida la mezcla suero-barbitúrico, se ataba el otro extremo y el saquito se introducía durante veinticuatro horas en un recipiente con 250 ml. de la solución tamponada de fosfatos. Para facilitar la diálisis se cambiaba tres veces la solución fosfatada en el transcurso de las veinticuatro horas, tiempo durante el cual el recipiente con el saquito se mantuvo en la nevera a la temperatura de 4 grados.

Terminada la diálisis, se destinaban 4 ml. del líquido contenido en el saquito para la determinación correspondiente cuantitativa, y con otros 100 mm. c. se procedía nuevamente a la electroforesis según la técnica que a continuación describimos:

Electroforesis.—Sobre una tira de papel «Arches 302», de 40 por 8 centímetros, se señala a 5 cm. del centro, con lápiz blando, una línea transversal de 40 milímetros, separada de cada uno de los bordes por un espacio blanco de por lo menos 10 milímetros.

La banda de papel se humedecía bien en el tampón fosfatado, y después de secarlo ligeramente entre unas hojas de papel filtro (hasta que pierda el brillo), se pasa a colocarla en la bandeja-soporte del aparato, procurando en él que la tira quede bien tensa y centrada. Con una pipeta de Kahn se distribuye sobre la línea marcada los 100 mm. c. de suero-barbiturato. Esta parte requiere una cierta práctica, a fin de conseguir que la distribución del suero sea uniforme a lo largo de la línea de partida. Para ello recomendamos tomar los 100 mm. en dos veces, 50 mm. c. cada una, ya que de otra manera el suero fluye con demasiada rapidez. Además, la pipeta debe mantenerse en todo momento perpendicular al papel y en constante contacto con él, salvo en los extremos de la línea, en que conviene levantarla antes de iniciar la vuelta en sentido inverso.

Una vez colocado el suero, se sitúa la bandeja en el aparato de forma que la mancha de suero quede próxima al cátodo. Se tapa el aparato y se hace pasar la corriente. Nosotros hemos utilizado la alterna de alumbrado, previamente rectificada, a un voltaje de 150 voltios (5 por cm.) y a 3 miliamperios.

Se deja pasar la corriente durante catorce horas, es decir, algo más que en la electroforesis corriente con tampón veronal; pero sí que debemos tener en cuenta que, como ha podido comprobar URIEL, existe una relación inversa entre la cantidad de proteínas depositada y el desplazamiento de las mismas.

Pasado este tiempo, se quita la tira de papel de la bandeja, cortando los extremos, y, dispuesto horizontalmente, se deja a secar a la temperatura ambiente.

Una vez seca la tira, se procede a hacer, con una cuchilla de afeitar, dos incisiones longitudinales y paralelas, separadas un par de milímetros. Estas se hacen por la porción central de la tira y prácticamente de extremo a extremo de la misma. La pequeña tira así obtenida se revela con azul de bromo-fenol durante seis horas, y después de lavada con solución acética al 2 por ciento, y secada en corriente de aire, se vuelve a colocar en el centro de la tira. De esta manera pueden señalarse en ella las tres fracciones proteínicas perfectamente apreciables en la estrecha tira que se había preparado. Una vez marcadas con lápiz, se miden sus longitudes y, cortadas en tiritas, se introducen en sendos tubos anchos. En un cuarto tubo se introduce una porción adecuada de la banda de electroforesis, en una parte que no contenga proteínas y que nos servirá de blanco. En las diversas experiencias, esta porción se tomó unas veces de detrás de la gamma-globulina. No se puede apreciar diferencia entre ellas. Una vez separadas las fracciones, se procedió a la extracción de los barbitúricos contenidos en las mismas.

Extracción.—Primeramente se procedió a la elución total de las proteínas de cada una de las fracciones, para lo que a cada tubo se añadieron 10 ml. de sosa centinormal, dejándolos en contacto un mínimo de ocho horas. Al cabo de éstas se pasaron los líquidos por decantación a tubos de ensayo corrientes, en los que se procedió al lavado de los líquidos de elución con éter sulfúrico. Para ello, a cada uno de los tubos se añadieron 10 ml. y se agitaron durante tres minutos. Después se les dejó separarse en las dos fases por sedimentación. Se eliminó la porción etérea, para lo cual es conveniente filtrar a través de papel Schleicher-Schüll de 9 cm. de diámetro, con lo que se separa perfectamente la fase acuosa, rompiéndose la emulsión que casi siempre se produce.

Mediante este lavado con éter a pH alcalino se separan del líquido impurezas que luego dificultan la cromatografía. A continuación, y en el mismo tubo de ensayo, se lleva el líquido a un pH entre 1 y 2, para lo cual se adiciona a cada tubo un c. c. de ácido clorhídrico decinormal. Se ensayaron otros ácidos, como el tricloroacético y el sulfúrico; el primero se desechó porque contenía impurezas que alteraban la posterior cromatografía, y el sulfúrico porque, al no ser volátil como el clorhídrico, destruía el papel del cromatograma.

En estos líquidos acidificados, el barbitúrico se encuentra en forma ácida y, por lo tanto, mucho más soluble en el éter que en el agua. De ellos se extrajo el barbitúrico agitando dos veces con 5 ml. cada vez de éter sulfúrico; la agitación duraba tres minutos, pasados los cuales se dejaba separar los dos líquidos por sedimentación y mediante una pipeta se trasvasaba la capa etérea superior a un tubo de centrífuga bien seco. Al tubo de ensayo se le volvían a añadir otros 5 ml. de éter, que después de la agitación y sedimentación correspondiente se unían de la misma manera al extracto etéreo anterior. Se procedía entonces a centrifugar los extractos etéreos, con lo cual quedaban en el fondo las últimas porciones de agua; entonces se decantaba fácilmente el extracto etéreo a unos tubos especiales que llamamos de evaporación. Estos consisten, como puede observarse en la figura, en un tubo de vidrio de 15 por 100 mm., de fondo curvo y que se tapa mediante un tapón, y el otro, que llega hasta la superficie del líquido sin introducirse en él; el tubo corto se conecta a una trompa de vacío, y el largo puede conectarse mediante un tubo relleno de algodón con el aire exterior. Haciendo pasar la corriente de aire rápidamente, pueden desecarse varios tubos simultáneamente. Este tiempo de desecación se acortaba a treinta minutos si los tubos se introducían en un baño de María a 35°.

Cromatografía.—Los extractos secos se recogían con 40 mm. c. de acetona, procurando que éste resbalara bien sobre las paredes, para así facilitar la disolución

en ella del barbitúrico. Luego, y con pipeta de 20 mm. c., se procedía a colocarlos sobre una hoja de papel de Whatman número 1, siguiéndose a partir de este momento la técnica habitual en la investigación cromatográfica de los barbitúricos, tal como se ha descrito en la parte general. Unicamente debemos hacer notar que después de desarrollado y seco el cromatograma, antes de proceder a su revelado, se separaba la tira correspondiente al blanco del papel y se revelaba con nitrato de plata. Si aparecía una mancha blanca a un Rf aproximado de 0'50, indicaba que, por no haberse hecho bien el lavado etéreo previo, existían impurezas que enmascaraban la identificación de los barbitúricos. En estos casos, el resto del cromatograma se revela, no por el nitrato de plata como de costumbre, sino por otro de los reveladores descritos en la parte general.

Resultados

Sistematizaremos nuestros resultados refiriéndonos concretamente al triple tema de trabajo que con esta parte de nuestras experiencias nos habíamos planteado.

En primer lugar, hemos podido comprobar la fijación de los barbituratos por las proteínas plasmáticas. La cuantía de esta fijación para cada uno de los siete barbitúricos puede encontrarse en el cuadro número 1 y apreciarse claramente en correspondiente diagrama. Como en ellos se indica, entendemos por retención de un barbitúrico la diferencia en su contenido en un c. c. del suero antes y después de la diálisis expresada en tanto por ciento de la concentración inicial.

RETENCIÓN POR LAS PROTEÍNAS DEL SUERO DE LOS DISTINTOS BARBITÚRICOS, DESPUÉS DE SU DIÁLISIS

Nombre	Clase	Concentración inicial mgr./c. c.	Concentración en suero dializado mgr./c. c.	Porcentaje de retención
Evipán	Oxi	4'80	3'00	62 %
Veronal	Oxi	3'50	1'60	46 %
Luminal	Oxi	4'20	2'10	50 %
Tiobarbital	Tío	5'00	3'70	74 %
Transital	Oxi	3'70	2'50	68 %
Surital	Tío	5'10	4'78	78 %
Pentotal	Tío	4'60	3'70	81 %

Los valores de las concentraciones se expresan en miligramos por centímetro cúbico, y los de retención, en porcentaje de la concentración inicial.

En segundo lugar, hemos estudiado la posible interacción o competición que pudiera surgir cuando eran dos los barbitúricos puestos en presencia de las proteínas plasmáticas. En todas nuestras experiencias —siempre fueron dobles— hemos tenido que utilizar combinaciones de un oxi-barbitúrico y un tiobarbitúrico, puesto que las técnicas cuantitativas con las que determinábamos la concentración antes y después de la diálisis sólo podían separar éstos sus tipos de barbitúricos. En el cuadro número 2 exponemos la retención para cada uno de los barbitúricos, cuando competía con otro, figurando en la primera columna el valor de dicha retención en las experiencias realizadas con el barbitúrico aislado.

TABLA DE PORCENTAJES DE BARBITÚRICOS RETENIDOS POR LAS PROTEÍNAS PLASMÁTICAS CUANDO SE UTILIZA EL PREPARADO AISLADO O EN COMPETICIÓN CON OTRO BARBITÚRICO

Preparado	Aislado	Evipán	Veronal	Luminal	Transital	Pentotal	Tiobarbital	Surital
Evipán	62 %	—	—	—	—	—	27 %	22 %
Veronal	46 %	—	—	—	—	3 %	5 %	7 %
Luminal	50 %	—	—	—	—	4 %	6 %	—
Transital	74 %	—	—	—	—	20 %	11 %	32 %
Pentotal	81 %	—	79 %	76 %	70 %	—	—	—
Tiobarbital	74 %	71 %	72 %	72 %	73 %	—	—	—
Surital	78 %	76 %	79 %	—	72 %	—	—	—

Por último, hemos estudiado para cada barbitúrico el papel que en su transporte desempeñaban las tres subfracciones proteínas separadas por electroforesis, según hemos indicado, con sueros cargados con barbiturato, como describimos al hablar de la técnica. Esto lo hemos hecho con los sueros antes y después de ser dializados para, de esta manera, poder apreciar la estabilidad de las uniones del barbiturato con las tres fracciones proteicas. Para expresar los resultados de este tipo de experiencias, hemos recurrido a una forma subjetiva, puesto que valoramos con números de cero a tres la intensidad de las manchas obtenidas en el cromatograma. Según esto, presentamos los resultados semicuantitativos en el cuadro número 3. Quizá se aprecia más claramente en los diagramas correspondientes «7 barbitúricos estudiados», en cada uno de los cuales la comparación de las columnas permite una clara apreciación de la intensidad del transporte.

Discusión

El tema a discutir es, hoy en día, de tanta importancia, que sería presuntuoso por nuestra parte presentar conclusiones definitivas de nuestros trabajos. Por un lado, podría ampliarse el número de experiencias, el de las sustancias investigadas y el de factores que pueden modificarlas; pero, por otra parte, estas posibilidades de ampliación quedan limitadas por ser experiencias en sí mismas, si no difíciles, sí costosas de realizar, en particular a lo que se refiere a tiempo y personal especializado.

Ateniéndonos a estas premisas, procuraremos discutir los resultados de nuestros trabajos refiriéndonos, por necesidades didácticas, a los tres cuadros y diagramas en que se exponen los mismos.

Retención de los barbitúricos por las proteínas séricas.—Del estudio del cuadro correspondiente podemos deducir, sin género de dudas, que las proteínas plasmáticas son capaces de retener los barbitúricos con una fuerza superior a la de difusión que existe cuando dializamos el suero frente a soluciones isotónicas de fosfatos. Esto representa la existencia de una unión relativamente estable entre la proteína y el ácido barbitúrico. Esta unión —ateniéndonos a las cifras numéricas obtenidas— es máxima para los tiobarbitúricos, intermedia para ciertos oxi-barbitúricos como

el evipán y transital de cadena lateral complicada, y mínima para los oxi-barbitúricos de cadena lateral sencilla como son el veronal y luminal.

La validez de estos resultados viene confirmada por los de aquellos pocos autores que, utilizando técnicas distintas a las nuestras, han trabajado en este mismo problema. Así, por ejemplo, BRODIE y colaboradores, utilizando el procedimiento de dializar el suero enriquecido con barbituratos, contra soluciones isotónicas, encuentran para el tiopental (1950) una retención del 75 por ciento, y posteriormente, para su equivalencia oxi-barbitúrico, el pentobarbital (1953), una retención de sólo el 45 por ciento. También los trabajos de GOLDBAUM y SMITH (1954) coinciden con nuestros resultados. Este autor utiliza una técnica algo distinta, ya que estudia la retención de los diversos barbitúricos por una solución al 1 por ciento de albúmina de buey pura y procediendo a separar el barbitúrico no fijado por ultrafijación. Considerando como no retenido el barbitúrico que aparece al otro lado de la membrana, dicho autor obtiene unas cifras paralelas a las nuestras.

Parece, pues, claramente demostrado que *las proteínas plasmáticas retienen los barbitúricos y que esta retención o fijación es mucho mayor para los tiobarbitúricos.*

TRANSPORTE DE LOS BARBITÚRICOS POR LAS PROTEÍNAS PLASMÁTICAS. TRACCIONES QUE INTERVIENEN EN ÉL

NOMBRE	CLASE	ALBÚMINA		BETA		GAMMA	
		Antes	*Después*	*Antes*	*Después*	*Antes*	*Después*
Evipán	Oxi	2	2	1	0	1	1
Veronal	Oxi	2	1	2	0	2	0
Luminal	Oxi	2	0	1	1	1	1
Tiobarbital	Oxi	3	2	0	0	2	1
Transital	Tío	2	1	1	0	2	2
Surital	Tío	3	3	1	1	1	0
Pentotal	Tío	2	2	0	0	1	1

Los valores se expresan en una escala subjetiva de 0 a 3, según la intensidad de las manchas correspondientes en el cromatograma.

Competición en la fijación de los distintos barbitúricos.—Para confirmar lo enunciado anteriormente, se procedió a las experiencias cuyos resultados se exponen en el cuadro adjunto y en las que, partiendo de la hipótesis de que los puntos de unión entre la proteína, por un lado, y los tío u oxi-barbitúricos por otro, fueran los mismos, ver si uno de ellos era desplazado por el otro y con qué intensidad ocurría esto. Los resultados son, a nuestro juicio, suficientemente claros para deducir que los puntos de unión de la molécula proteica para los barbitúricos son los mismos, ya que no existiría desplazamiento de los oxi-barbitúricos en su combinación si esto no fuera así. En este sentido, nuestros resultados difieren algo de los de GOLDBAUM y SMITH, quienes suponen que aunque existan cierto número de puntos de unión comunes, otros son independientes para cada barbitúrico, ya que en sus experiencias el desplazamiento del oxi-barbitúrico por el derivado azufrado no es tan completo como en las nuestras.

Este concepto de punto o lugar de unión que existiría en la molécula proteica, y por el cual ésta fijaría muy diversas sustancias, ha sido introducido recientemente en Bioquímica, y así, por ejemplo, TERESI y LUCK (1952) lo han utilizado en sus estudios sobre la combinación de los aniones de ácidos grasos con la seroalbúmina. KARUSH (1950) estudió la relación entre el número de iones de barbitúrico fijados por cada molécula proteica (r) y la concentración en iones de barbitúrico libres (r/c); llega a establecer una ecuación para la que supone que por cada molécula existe un total de *n* puntos de unión que serían de dos tipos: n_1 y n_2, ambos con distintas constantes de asociación K_1 y K_2, respectivamente. La ecuación sería:

$$r/c = \frac{n_1 K_1}{1 - K_1 c} - \frac{n_2 K_2}{1 - K_2 c}$$

Ahora bien: cuando la concentración en iones libres (c) tiende a cero, la razón r/c tiende a un límite denominado A y que, según la ecuación anterior, sería: $A = n_1 K_1 - n_2 K_2$.

GOLDBAUM y SMITH han deducido experimentalmente los valores de esta ecuación, encontrando para A un valor aproximado de 88.000. Según estos autores, el valor de n sería de 22, dividiéndose estos puntos de unión en dos grupos, uno pequeño en número, con gran constante de afinidad, y otro mucho más numeroso, pero con escasa afinidad para los barbitúricos.

¿De qué naturaleza serían estas uniones proteína-barbituratos? En este sentido son interesantes los trabajos de BURNS y colaboradores (1957), en los que estudian el comportamiento del nivel de fenil-butazona en el plasma de enfermos tratados con distintas dosis diarias. Indudablemente, es fácil de comprender la unión entre las proteínas plasmáticas y sustancias de naturaleza básica, ya que las primeras poseen un pH isoeléctrico alrededor de 5, y encontrándose en el suero sanguíneo a un pH de 7'30, actúan como aniones con clara tendencia, por lo tanto, a unirse con las sustancias de carácter básico.

Algo más difícil de explicar es la combinación de estas mismas proteínas con las drogas de naturaleza ácida o aniones, como es el caso particular de los barbitúricos. En este caso, debemos aceptar que en la molécula proteica existirían lugares o valencias positivas y negativas sobre las cuales se fijarían las drogas correspondientes. Esta unión primaria sería de naturaleza electrostática, pero el compuesto proteína-barbitúrico así formado aumentaría su estabilidad al establecerse una nueva unión entre la parte no polar de la molécula del barbitúrico y la superficie de la molécula en su parte no polar. En esta unión intervendrían fuerzas no bien conocidas, como son, entre otras, las distintas solubilidades; así, por ejemplo, nosotros hemos podido observar que dos cuerpos de igual fuerza ácida, como son el pentotal y el tiobarbital, éste es más enérgicamente retenido por la molécula proteica, lo cual coincide con su mayor liposolubilidad. Lo mismo observamos si comparamos los resultados obtenidos con el veronal y pentotal; estos dos cuerpos, con una fuerza ácida análoga, ya que el pH de ambos es alrededor de 7'6, tienen muy distinta afinidad por las proteínas, hecho que nosotros debemos atribuir a un aumento de la parte no polar de la molécula representada por el alargamiento de la cadena lateral que tienen dos carbones en el caso del veronal y cinco en el pentotal.

Vemos, por lo tanto, el problema complejo, pero interesante, y que es, desde el punto de vista físico-químico, el proceso íntimo que condiciona la unión del

barbitúrico con la proteína. Nosotros hemos querido ahondar en este terreno estudiando el comportamiento de las diversas subfracciones proteicas según la técnica que anteriormente hemos descrito. Estudiando los resultados expuestos en el cuadro y diagrama correspondientes, podemos deducir algunos hechos interesantes; así, por ejemplo, vemos que los oxi-barbitúricos de acción farmacológica lenta y duradera, empleados generalmente como hipnóticos, son transportados casi indiferentemente por las tres fracciones proteicas. También parece evidente que la fuerza de unión entre el barbitúrico y la albúmina es más débil que la existente entre el barbitúrico y las globulinas. Por el contrario, los datos correspondientes a la fijación por las fracciones de los tiobarbitúricos estudiados, son totalmente opuestos. Así vemos que éstos son fundamentalmente retenidos por la albúmina y que esta unión es mucho más enérgica que la de los mismos por las otras fracciones proteicas.

También podemos observar en nuestros resultados el hecho aparentemente paradójico de que es la beta-globulina la menos eficaz dentro de esta función de transporte de los barbitúricos. Decimos paradójico por ser esta fracción proteica la más rica en lípidos, y siendos los barbitúricos liposolubles, sería de esperar un mayor transporte de los mismos por esta fracción. Nosotros creemos que no existe tal paradoja, sino que se trata de un hecho lógico, ya que, como ha demostrado GOLDBAUM, la molécula proteica fija los iones barbitúricos en los mismos puntos que fija los ácidos grasos; existe, por lo tanto, entre ellos una competición en que los ácidos grasos, con una mayor afinidad por la proteína, saturan los puntos de unión y evitan la fijación por ésta de los iones barbitúricos.

El estudio de estos hechos experimentales nos lleva de la mano a enfocar en un sentido más general este fenómeno de fijación de los fármacos por las proteínas plasmáticas, buscando, no el cómo de ésta, sino el para qué de la misma.

El que las proteínas plasmáticas ejercen una función de transporte, es un hecho fundamental en la Fisiología actual, y que se deriva principalmente de los trabajos iniciales de BENHOLD. Este autor estudió la penetración por difusión en un gel de gelatina de diversos colorantes disueltos, unas veces en agua y otras en suero sanguíneo. Como resultado de sus experiencias, que no describimos en detalle, llegó a la conclusión de que las proteínas séricas fijaban los colorantes y modificaban su poder de difusión en el gel, en el sentido de que disminuía el de los muy difusibles, mientras que aumentaba el de aquellos colorantes como la benzopurpurina, que difundían escasamente. A esta propiedad de las proteínas séricas de regular la difusión de las moléculas más pequeñas a través de un gel la denominó BENHOLD «efecto embático».

Desde los trabajos de este autor se ha demostrado que la casi totalidad de las sustancias disueltas en el plasma se encuentran, por lo menos en parte, unidas a las proteínas, lo mismo se trate de metabolitos, hormonas, vitaminas o fármacos. Este hecho exige una revisión de nuestros conceptos sobre la química de los constituyentes normales del plasma o de las sustancias circunstancialmente en él existentes, ya que sería un error el hablar de concentraciones de una sustancia, sin tener en cuenta la situación físico-química en la que ésta se encuentra, es decir, la proporción de ésta, existente como tal, físicamente disuelta y la fracción unida a la proteína.

Reflexionando sobre los resultados experimentales, y en relación con lo que acabamos de exponer, nosotros creemos que la llamada función de transporte de las proteínas séricas es una jerarquía mucho más elevada y que llenaría tres interesantísimas finalidades que a continuación exponemos:

1.º *Función de protección.*—Toda sustancia extraña procedente de dentro o fuera de nuestro organismo que, salvando las barreras correspondientes, llega a formar parte del plasma o medio interno, representa un peligro potencial para algunas si no para todas las células de nuestro organismo; en estas condiciones, la combinación de estas sustancias con las proteínas plasmáticas dificulta la salida de las mismas del plasma y su penetración en las células. Un ejemplo lo tenemos en la enfermedad de Wilson, en que la carencia de una fracción proteica —la ceruplasmina— especializada en la retención del cobre hace que este oligoelemento pase fácilmente a los tejidos produciendo depósitos del mismo en células y tejidos diversos. Una explicación análoga podría atribuirse a los depósitos de hierro existentes en los tejidos en la enfermedad hepática llamada «hemocromatosis». Claramente aparece esta acción defensiva en el caso de ciertas drogas, que como la surmina (un tripanocida), es tóxica a dosis muy pequeñas cuando se inyecta por vía endoneural; sin embargo, por el contrario, se tolera perfectamente cuando se inyecta intravenosamente a concentraciones mucho más elevadas. Esto se debe a que, en su mayor parte, el fármaco se combina con las proteínas plasmáticas, quedando libre una pequeñísima fracción que no alcanza el nivel tóxico.

2.º *Función de almacenamiento.*—Refiriéndonos al mismo ejemplo de la suramina, vemos que la combinación de la droga con las proteínas plasmáticas no sólo permite soportar una dosis que de otra forma sería tóxica, sino que, siendo esta unión fármaco-proteína relativamente lábil, paulatinamente se va liberando el fármaco, conforme va disminuyendo la cantidad del mismo que existe libre en el plasma, manteniéndose de esta forma una concentración eficaz del mismo durante períodos superiores a un mes después de una sola inyección de la droga. Claramente demostrativos de esta función de almacenamiento son los trabajos de BURNS (1957), quien compara la acción de dos drogas antirreumáticas: la antipirina, que al no ser fijada por las proteínas plasmáticas se difunde rápidamente por todo el organismo, y la fenil-butazona, que a la dosis terapéutica es fijada en un 98 por ciento por las proteínas plasmáticas. Esta unión hace posible espaciar las dosis de fenil-butazona cada veinticuatro horas o más, mientras que para mantener una concentración eficaz es preciso administrar la antipirina varias veces al día.

En el terreno fisiológico, sabemos que vitaminas como la cobalamina son retenidas por las proteínas plasmáticas; por esto la administración de una dosis de la misma es de acción mucho menos duradera, si el sujeto que la recibe presenta hipoproteinemia. Si se corrige este defecto, se prolonga considerablemente la acción antianémica de una dosis de cobalamina.

La explicación de esta acción de almacenamiento residiría principalmente, a nuestro juicio, en el hecho de que las sustancias retenidas por las proteínas son eliminadas mucho más lentamente por los emunctorios naturales, principalmente el riñón.

3.º *Función de reparto específico.*—Este concepto ha sido creado por ROTHLIN (1944) para explicar la distribución desigual de los medicamentos en los diversos tejidos. Es decir, por qué a igualdad de flujo sanguíneo una droga es retenida específicamente por un tejido determinado.

ROTHLIN cree que se establecería un equilibrio físico-químico entre la cantidad de droga fijada por la proteína plasmática transportadora y la proteína celular, que pudiéramos llamar receptora. Este concepto es muy importante para explicar un hecho encontrado por nosotros en nuestras experiencias, así como por el resto de los autores que han estudiado la retención de los barbitúricos por las proteínas plasmáticas. Los resultados experimentales nos han demostrado que son los tiobarbitúricos los que en mayor proporción y con mayor fijeza son retenidos por

las proteínas plasmáticas, según acabamos de ver por la albúmina precisamente. Por el contrario, los oxibarbitúricos son fijados en mucho menor proporción, la unión es más laxa y se hace indiferentemente por las tres fracciones proteicas.

¿Cómo podemos compaginar estos hechos con las acciones farmacológicas de ambos barbitúricos? Sabemos que los tiobarbitúricos, comparados con los oxibarbitúricos, ejercen una acción anestésica más pronta, más intensa y menos duradera, hecho en aparente contradicción con los valores de retención que acabamos de describir. Sin embargo, esta contradicción es, a nuestro juicio, fácilmente explicable por una cualquiera de las dos posibilidades que a continuación describimos:

Primera posibilidad: Podemos apoyarnos en los trabajos ya citados de GOLDBAUM y SMITH, en los que demuestran que si grande es la afinidad de los tiobarbitúricos para la seroalbúmina, todavía es mayor para las proteínas tisulares. Según esto, podríamos suponer una cadena de transporte físico-químico para el barbiturato, análogo al que existe para el oxígeno. Es decir, la proteína tisular de un determinado tejido tomaría ávidamente el barbiturato circundante, seguramente para metabolizarlo. Esto provocaría un vacío local de barbitúrico que se compensaría al liberarse por disociación del complejo barbitúrico-proteína plasmática.

Segunda posibilidad: Para ella tendríamos que partir de los trabajos de JANCSO (citado por BLADERGROEN, 1946). Este autor perfundía el hígado de una rata con soluciones de oro coloidal; cuando la solución era acuosa, el líquido que fluía por las venas suprahepáticas era claro porque las partículas de oro quedaban absorbidas por los endotelios capilares sin que pasaran de éstos a las células hepáticas. Si la solución con que se perfundía era de oro coloidal en suero sanguíneo, el líquido que salía contenía coloide de oro, no existiendo absorción del mismo por las paredes capilares, pero sí se encontraban micelas de oro en las células hepáticas. Las proteínas del suero, no sólo habían impedido la absorción del oro por los endotelios, sino que habían posibilitado el paso del mismo a través de las diversas membranas y su penetración en el gel que constituye el protoplasma celular (efecto embático). Pues bien: partiendo de esto, podemos suponer que la combinación proteína-barbiturato atraviesa la B. H. E., las diversas membranas celulares e incluso aquellos otros tabiques que hoy día se sabe existen dentro del protoplasma celular. En esta forma alcanzaría determinados puntos de la neurona en que otra proteína, seguramente de naturaleza enzimática como la mayoría de las protoplasmáticas, tendría por el barbiturato una afinidad mayor que la de la proteína plasmática, desplazándolo, por lo tanto, de su primitiva combinación. La proteína plasmática, habiendo cumplido hasta el fin su función de transporte, o bien sería catabolizada, o por procesos no conocidos sería devuelta de nuevo a los espacios extracelulares.

Quizá hablaran a favor de esta idea los trabajos de DORFMANN y GOLDBAUM (1947), quienes comprueban que los barbitúricos que son más fuertemente retenidos por las proteínas son también destruídos más rápidamente por los cortes de hígado.

Indudablemente, no son hechos demostrados hoy día, sino teorías; pero esperamos que pronto puedan ser realidades científicas, conforme las nuevas técnicas de investigación bioquímica sean aplicadas en su integridad a la Farmacología.

BIBLIOGRAFÍA

ACKERMAN, P. G.; TORO, G., y RAUNTRE, W. B.—*J. Lab. Clín. Med.*, 44, 517. 1954.

BENHOLD, D.; KLIN y RUSZNYAK.—«Die Eiweisskorper des Brutplasmas». Ed. Steinkopt. Dresde, año 1936.

BLOCK, R. J.; DURRUM, E. L., y ZWEIG, G.—«A manual of Cromatographye and paper Electrophoresis». Ed. Academic Press, New York. 1955.

BRODIE, BURNS, MARK, LIEFF, BERSTEIN y PAPPER.—*J. Pharma.*, 109, 26. 1953.

BRODIE, BURNS, MARK, LIEFF, BERNSTEIN y PAPPER.—*J. Pharma.*, 98, 85. 1950.

BURNS, YÜ, RITTERBRAND, PEREL, GUTMANN y BRODIE.—*J. Amer. Clin. Invest.*, IX, 540. 1957.

COHN, LUETSXHER, ORCLEY, ARMSTRONG y DAVIS.—*J. Amer. Chem. Soc.*, 62, 3.396. 1940.

COHN, ONCLEY, STRONG, HUGHES y ARMSTRONG.—*J. Clin. Invest.*, 23, 417. 1944.

COHN, STRONG, HUGHES, MULFORD, ASHWORTH, MELIN y TAYLOR.—*J. Amer. Chem. Soc.*, 68, 459. Año 1946.

DORFMAN, A., y GOLDBRAUM, L. R.—*J. Phar. Exp. Ther.*, 90, 330. 1947.

FULLER, HUMPHREYS, STEFFEE, WISSLWRY y BENDIT.—*Federation Proced.*, 8, 356. 1949.

GOLDBRAUM, L. R., y SMITH, P. K.—*J. Pharm. Exp. Ther.*, 111, 197. 1954.

GORDON, A. H.; KEIL, B.; SEBESTA y K. KNESSL; O. y SORM *F.—Col. Trav. Chim. Tchecosl.*, 15, 1. 1950.

GRABAR, P. A., y WILLIAMS, C. A.—*Biochim. Biophis. Act.*, 10, 193. 1953.

GRASSMAN, W., y HANNIG, K.—*Naturweis*, 37, 496. 1950.

GRASSMAN, W.; HANNIG, K., y KNEDEL, M.—*Dtch. Med. Wosch.*, 76, 333. 1951.

GUILLÉN, G.—«Aportación al estudio de fisiopatología de las lipoproteínas plasmáticas». Tesis doctoral. Facultad de Medicina de Zaragoza, 1958.

HOWE, J.—*J. Biol. Chem.*, 49, 93. 1921.

JANSCM.—En Bladergroan N. «La físico-química en la Medicina y en la Biología». Espasa Calpe, Madrid. 1946.

KARUSH, H. F.—*J. Amer. Chem. Soc.*, 72, 2.705. 1950.

KRAMER, F.—«Papirchromatoagrphie». Ed. Verlag. Chemie. (Weinheim.) 2.ª edición.

KUNKEL, H. G., en «Methods of Biochemical Analisys», vol. I, pág. 159. Edit. por Intersciencie Publ., Nueva York. 1954.

MARTIN, A. S., y SYNGE, R. M.—*Biochem. J.*, 35, 1.358. 1941.

PEG, V.; GUILLÉN, G., y GIMENO, A.—CLÍNICA Y LABORATORIO, 59. 1955.

PEG, V., y PARELLADA, L.—CLÍNICA Y LABORATORIO, 63, 263. 1957.

POULIK, M. D.—*iBochem. J.*, 68, 636. 1958.

ROTHLIN.—*Schweis Med. Wochs.*, 74, 217. 1944.

SMITHIES, O.—*Nature*, 175, 307. 1955.

SMITHIES, O.—*Biochem. J.*, 61, 629. 1955.

TERESSI, J. D., y LUCK, J. M.—*J. Biol. Chem*, 194, 823. 1952.

TISELIUS, A.—*Trans Faraday Society*, 33, 524. 1937.

URIEL, J.—CLÍNICA Y LABORATORIO, 60. 448. 1955.

URIEL, J.—*Bull. Soc. Chem. Biol*, 1, 105. 1957.

URIEL, J.—CLÍNICA Y LABORATORIO, 65, 87. 1958.

VÁZQUEZ, M.—Arch. Fac. Med. Zaragoza, vol. 669. 1957.

WHIPPLE, G. H.—*Am. J. Med. Science*, 203, 477. 1942.

Dirección: Madre Vedruna, 10, pral. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 402 - TOMO LXVIII
SEPTIEMBRE 1959

CARCINOMA PULMONAR ATÍPICO

POR LOS DOCTORES

JESÚS FARO MORENO y CARLOS CHACÓN MONGUILOD

JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR — AYUDANTE DEL SERVICIO

ZARAGOZA

PRESENTACIÓN

He aquí el resumen de la historia clínica del caso:

a) En febrero del pasado año (1958) ingresó en el Servicio de Cirugía de este Hospital procedente de la Sala de Traumatología, con el diagnóstico de quiste hidatídico pulmonar, acompañado de una radiografía de tórax y una reacción de Cassoni positiva. El diagnóstico de entrada en el Hospital había sido el de condroma costal.

b) A su ingreso, la historia clínica arroja los siguientes datos:

Nada importante en los antecedentes familiares. Entre los personales solamente hay que destacar el padecimiento de una enfermedad venérea hace diez o doce años, consistente en una erosión del glande y curada, según manifiesta el enfermo, con lavados.

Edad, 33 años.

Su enfermedad actual comenzó hace nueve meses, con dolor en región subclavicular derecha accesional, que ha aumentado de frecuencia en su presentación, y molestia continua que no llega a ser dolor. Tos seca e irritativa y una tumoración en dicha zona, que no ha aumentado de tamaño. No existía disnea ni ningún otro síntoma general.

A la exploración se aprecia: Individuo bien nutrido. En región subclavicular derecha, tumoración de forma oval, con eje mayor paralelo a las costillas, que se eleva unos dos centímetros sobre el plano costal, de consistencia dura y doloroso a la palpación, sobre el que la piel se desplaza perfectamente. Matidez a la percusión en dicha zona, con apagamiento del murmullo vesicular localizado y estertores de grandes burbujas que ocupan casi todo el hemitórax derecho.

Infarto ganglionar submaxilar izquierdo.

Cassoni y Weimberg, negativos. Indice de Katz, 3 mm. Eosinófilos, 5, y linfocitos, 42.

En la radiografía de tórax se veía una tumoración redondeada, homogénea, de bordes netos y precisos, que ocupaba el campo medio parahiliar derecho, confundiéndose por su lado interno con la sombra mediastínica y de unos 12 centímetros de diámetro.

c) En vista de los datos obtenidos y contando con la reacción de Cassoni positiva anterior a su ingreso, y el magnífico estado general del enfermo, se confirma el diagnóstico de quiste hidatídico pulmonar y se propone la intervención como único medio curativo; solución que el enfermo rechaza por la escasa intensidad de sus molestias. Es dado de alta.

d) En mayo del pasado año vuelve a ingresar porque su tumoración había crecido, porque los dolores eran más intensos y continuos, porque la tos se había hecho persistente y porque se había presentado disnea de esfuerzo y hasta de reposo.

En la exploración se apreciaba que la tumoración costal había aumentado notablemente, alcanzando un tamaño casi doble del que tenía en febrero. La zona de matidez había aumentado. Existía ligera cianosis de reposo, que se acentuaba con el ejercicio.

Comunicación presentada en el pasado mes de febrero, en las sesiones del Seminario del Hospital Militar.

Radiográficamente el tamaño del tumor había aumentado unos cinco centímetros, continuando sus bordes netos. En la röntgenografía lateral aparece situado próximo al plano costal anterior y de configuración oval. La sombra es homogénea y de mediana densidad, permitiendo ver las costillas a su través.

e) Esta vez, el enfermo desea ser intervenido.

Con el enfermo en decúbito semilateral izquierdo, practicamos una incisión atípica semicircular en charnela, rodeando la tumoración costal y de convexidad inferointerna.

Separada la piel y el tejido muscular del plano costal, aparece a la vista un abultamiento de los cartílagos costales segundo, tercero y cuarto, entre los que se aprecia la pleura procidente de color violáceo intenso. Tras la extirpación de dos cartílagos costales y separación de las costillas, se punciona el tumor, con lo que solamente se obtiene un escasísimo exudado sanguinolento. Dos nuevos intentos de punción no tienen más éxito. En vista de ello, y suponiendo que se trata de un carcinoma pulmonar por su aspecto, se reconoce manualmente, comprobando la existencia de una cápsula fibrosa, resistente, que rodea el tumor. Hilio duro.

Se practicó la extirpación manual e instrumental del tumor, que era de consistencia blanda, encefaloide y muy sangrante. De este modo se extrajo gran cantidad de material en pequeñas porciones. A continuación pinzamos los puntos sangrantes accesibles, por la gran profundidad de la excavación producida, a la que no llegaba el aire, ligando después algunos de ellos, puesto que la friabilidad de los tejidos no lo permitió en otros.

Era impracticable la resección pulmonar.

Para evitar la hemorragia se hizo un taponamiento con gasa, introduciendo en la cavidad resultante dos vendas enteras de 10 por 10, saturando previamente su hidrofilia.

Cierre de los planos muscular, aponeurótico y de la piel.

f) Los primeros días del postoperatorio, fiebre en agujas superior a 39°. Tos pertinaz con hemoptisis, en la que el enfermo no expulsa sangre completamente roja, sino mezclada con serosidad, de aspecto de caldo de carne, durante un mes, pero disminuyendo paulatinamente: al final de este período de tiempo, la tos persiste, pero la expectoración hemoptoica se reduce a dos o tres esputos por día.

El taponamiento lo extrajimos en el transcurso de una semana.

En cuanto el enfermo estuvo en condiciones de levantarse obtuvimos radiografías comprobatorias, en las que se observa escasa modificación de las imágenes anteriores.

El enfermo entró en franca convalecencia a los cuarenta días.

El análisis anatomopatológico de las muestras enviadas identificó el tumor como un *carcinoma macizo de pulmón.*

Entonces se envió al convaleciente a su domicilio.

g) A la vista de su evidente mejoría, vuelve a ingresar de nuevo en el mes de agosto.

Los signos físicos continúan invariables, como en la última exploración.

Sigue la tos, el dolor y la disnea.

Es enviado a Madrid para su tratamiento radioterápico.

h) Nuevamente en el mes de enero del presente año ingresa en el Servicio para ser radiado otra vez.

La dosis que le administraron en Madrid asciende a 4.500 erres.

Durante el tiempo transcurrido entre el final del primer tratamiento radioterápico (24 de octubre de 1958) y su ingreso, ha estado prestando servicios activos (el enfermo es guardia civil).

El dolor, la tos y la disnea han desaparecido.

El estado general es magnífico, así como la nutrición. La tumoración antetorácica ha desaparecido. La matidez continúa. La imagen radiográfica ha aumentado de tamaño, sus bordes son netos y bien definidos, excepto el inferior en la proyección lateral, del que parten algunos tractos hacia el diafragma, que por radioscopia se ve inmóvil. La densidad de sombra es mediana, percibiéndose a su través las sombras costales.

Los análisis son completamente normales, con una velocidad de sedimentación globular de 6'25 mm. de índice de Katz; cifras de hematíes y leucocitos normales, así como la reacción de Wassermann y complementarias, negativas.

Al intentar practicar un neumotórax para tratar de deslindar el tumor, nos encontramos con que en tercer espacio intercostal, tanto en línea axilar anterior como en media, como en la posterior, la aguja se introduce directamente en el tumor, como lo demuestra el que salga ocupada su luz por una masa sanguinolenta. A nivel de sexto espacio intercostal y en línea axilar media. la aguja, tras atravesar una pleura notablemente engrosada, se introduce en la cavidad pleural libre; pero después de la inyección de 100 c. c. de aire, las presiones se hacen positivas. Vuelto a puncionar al día siguiente, en el mismo lugar, la aguja no consigue penetrar en la cavidad pleural libre, por lo que desistimos del neumotórax.

COMENTARIOS

1. *Error diagnóstico.*—Este caso es interesante, no solamente por su evolución, como más adelante veremos, sino, en primer lugar, por el error diagnóstico que supone llevar a la mesa de operaciones con el diagnóstico de quiste hidatídico o de pulmón a un enfermo que padece un cáncer pulmonar.

2. Pero semejante error, cometido por nosotros, creemos que, sin estar plenamente justificado, puede explicarse por las siguientes razones:

I. *Síntomas.*—Presentaba el enfermo los siguientes: dolor localizado, que podía ser provocado por cualquier tumoración que alcanzase en su desarrollo la pleura parietal (quiste hidatídico, tumor benigno o maligno de cualquier procedencia, siempre que fuese intratorácico), o sea, que tal síntoma solamente indicaba que un tumor había llegado a la pleura parietal.

La tos irritativa y seca puede ser producida por toda clase de tumores, y con preferencia por los que contactan con la pleura parietal, entre ellos el quiste hidatídico.

No existía expectoración hemoptoica, que si bien no es un dato del todo favorable a la presencia de quiste hidatídico (ya que en dichos quistes suele existir), por lo menos hablaba en contra de una tumoración maligna, en donde dicha expectoración es mucho más frecuente.

El enfermo disfrutaba de magnífico estado general, lo que, si no descarta totalmente el tumor maligno de pulmón, como muchos autores hacen notar y concretamente lo especifica EIZAGUIRRE en su libro *El cáncer broncopulmonar*, sí inducía a pensar en el quiste hidatídico.

Observen que al hablar de tumores nos referimos generalmente a los malignos, y más concretamente al carcinoma, ya que los de otro tipo son tan raros que no se les suele tener en cuenta para el diagnóstico diferencial.

II. *Signos:*

a) La tumoración antetorácica que presentaba el paciente hablaba en favor de un quiste hidatídico, ya que el tumor maligno, si es encapsulado, lo detienen en su crecimiento las costillas, y si es infiltrante produce tumores óseos costales, independientes por completo del tumor pulmonar primitivo, dando lugar a abultamientos irregulares. Además del aneurisma gigante de aorta, el quiste hidatídico pulmonar o pleural es el único tumor que puede producir el abultamiento de la pared torácica; pero el diagnóstico del aneurisma es tan fácil que se puede descartar sin necesidad de extenderse sobre él.

En apoyo de nuestra aseveración anterior, copiamos aquí un párrafo entresacado de la tesis doctoral del doctor don MARIANO ALVIRA, sobre *Equinococosis pulmonar*: «Los quistes hidatídicos pleurales pueden abultar la pared torácica y comprimir el mediastino. En estos casos, según BLECKMANN, la tos es de carácter seco y menos frecuente que en los quistes hidatídicos de pulmón; la expectoración hemoptoica es muy rara; el dolor torácico está más localizado, con una compresión limitada a la zona del quiste, en cuyos espacios intercostales de la mencionada zona se puede apreciar una especie de fluctuación.

El quiste pleural da siempre una sintomatología parietal; la pared torácica tiende a alterarse, produciéndose una atrofia o desgaste de las costillas por la compresión del quiste. La pleura pulmonar parece que ofrece cierta resistencia al crecimiento del quiste, y aunque constituye parte integrante de la adventicia

desde el principio del desarrollo quístico, impide el desarrollo endopulmonar de la hidátide.»

b) Tanto la matidez como la disminución del murmullo vesicular localizados, como los estertores no nos sirven para ningún diagnóstico diferencial, puesto que solamente indican la existencia en la cavidad torácica de una tumoración.

c) Datos de laboratorio: Normalidad de las cifras de hematíes y leucocitos. Fórmula leucocitaria normal, con 5 eosinófilos; índice de Katz de 3 mm. Una primera reacción de Cassoni positiva; una segunda y un Weimberg, negativos. Todos estos datos no aclaran nada, pero hacen pensar en el quiste hidatídico, por la normalidad de la velocidad de sedimentación, del número de hematíes y leucocitos y por la moderada eosinofilia, superior al 4 por ciento y entre el 5 y el 15 por ciento, de acuerdo con lo que señala PEDRO PONS.

La negatividad del Cassoni y Weimberg quedan anuladas por una reacción de Cassoni positiva anterior.

Estos datos, en rigor científico, no son muy demostrativos, ya que todos ellos pueden darse, no solamente en el quiste hidatídico, sino también en el carcinoma pulmonar. Y por citar la opinión de algún autor, transcribimos la de EIZAGUIRRE en el antes mencionado libro, de que la velocidad de sedimentación en los cánceres nodulares de pulmón permanece normal, por lo general, hasta que se presentan las metástasis. Abundando en la misma opinión, DAVIDSON dice: «Las alteraciones sanguíneas no presentan ningún carácter especial de valor diagnóstico. No es raro cierto grado de anemia secundaria. Rara vez existe alguna modificación importante en la fórmula leucocitaria, aunque en algún caso se ha observado linfocitosis relativa o una preponderancia de células mononucleares.» Todo ello, refiriéndose al cáncer de pulmón.

d) Datos radiológicos:

1) *Localización.* La sombra radiográfica que presenta el enfermo parece estar localizada (por lo menos, en su principio) en lóbulos medio y superior derechos.

Los quistes hidatídicos de pulmón tienen una mayor frecuencia de localización en lóbulo inferior derecho, seguido de cerca por el lóbulo medio. En cambio, los carcinomas son más frecuentes en el lóbulo medio.

La sombra era de mediastino anterior, donde aparecen con más frecuencia los quistes hidatídicos, los cánceres, dermoides y teratomas.

2) *Tamaño.* Cuando vimos al enfermo, la sombra radiológica tenía, aproximadamente, un diámetro de 12 centímetros; tamaño poco frecuente para un carcinoma tan asintomático, pero posible. PEDRO PONS dice textualmente: «Especialmente los carcinomas circunscritos parenquimatosos son los que evolucionan con menos signos, y a menudo su hallazgo es röntgenológico. WALSEE, ADLER, BEVERIDGE, etc., describieron casos de sujetos muertos por otras causas y en quienes la necropsia descubrió la presencia de un cáncer pulmonar.»

3) *Forma.* La forma de la sombra radiológica era redondeada, lo que aparece en el quiste hidatídico, en el carcinoma de tipo nodular, en el sarcoma primitivo, en los abscesos, en los fibromas y fibromiomas, linfosarcomas, condromas, dermoides y teratomas, meningoceles, neurinomas, ganglioneuromas y tumores pleurales (endoteliomas, sarcomas, fibromas, angiomas y condromas). No hay posibilidad de diferenciación por este dato.

4) *Bordes.* Los bordes eran netos y claros. Este tipo de bordes lo asignamos casi inconscientemente a los quistes hidatídicos y tumores benignos, a pesar de

que pueden presentarse en todos los tipos de tumor. Los bordes tan nítidos sólo los presentan los quistes hidatídicos cuando no existe ninguna complicación periquística, eventualidad muy rara, ya que por lo general ocasionan pequeñas atelectasias y congestiones del parénquima circundante, que dan lugar a irregularidades de los contornos. Según ESCUDERO y SERGENT, una imagen con los contornos netamente definidos debe inducir a desechar el diagnóstico de quiste hidatídico. Y ALEXANDER DE ANN ARBOR (citado por DAVIDSON) afirma que, contrariamente a la impresión que prevalece, las neoplasias intratorácicas circunscritas son intrapulmonares y malignas.

5) *Homogeneidad.* Se trata de una sombra uniformemente densa, que hace pensar, ante todo, en el quiste hidatídico, ya que no ha existido vómica para que aparezca el signo del camalote de LAGOS GARCÍA y SEGUER, o las imágenes en cesto (líquido en la mitad inferior y aire en la superior), y el signo del despegamiento de DEVÈ, BELOT, CONSTANTINI, PROUVOST y otros es de aparición excepcional, mientras que en los tumores malignos son frecuentes los reblandecimientos, y en los dermoides y teratomas la visualización de imágenes más densas, correspondientes a tejido dentario u óseo.

6) *Densidad.* La sombra radiológica observada en el enfermo presentaba una densidad mediana, que permitía ver a su través la sombra de las costillas, cualidad que STERN atribuye a los quistes hidatídicos de pulmón como un signo diferencial frente a otras tumoraciones, especialmente el carcinoma, los teratomas, dermoides y fibromas, que suelen presentar una mayor densidad de sombra.

7) *Signos especiales.* A pesar de haber practicado la radioscopia, nos pasaron por alto y no pudimos comprobar taxativamente la posible existencia de:

a) El signo de la boya de Lozano, que consiste en ver elevarse y descender el quiste, como lo hace una boya en el mar.

b) El signo de Escudero-Nemenow, consistente en que, durante la espiración, la colección líquida del quiste adquiere forma esférica, mientras que en la inspiración la forma se hace más o menos ovalada.

c) Maniobra de Maragliano; durante la inspiración forzada, las sombras de origen pulmonar descienden, mientras que las de la pared torácica, al contrario, ascienden, siguiendo el desplazamiento de las costillas.

En cuanto al signo radiológico de Queriolo-Walsch, desviación de la tráquea y el mediastino con ensanchamiento del hemitórax afecto en los grandes quistes hidatídicos de pulmón, mientras que en los tumores existiría atracción de la tráquea y el mediastino hacia el lado afecto, es positivo, o sea, que la tráquea, en este caso, se ve desplazada hacia el lado contrario.

Una radiografía de antebrazo y mano buscando la ósteoperiostosis hipertrófica tóxica de Marie-Bamberger (patognomónico del cáncer pulmonar), nos muestra una intensa ósteoporosis y muy discretas lesiones periósticas, que no llegan a ser periostosis.

Con todos estos datos radiológicos es imposible llegar a un diagnóstico diferencial, opinión que también expone ASSMAN en su libro sobre *Diagnóstico röntgenológico de las enfermedades internas.*

Resumiendo cuanto hemos dicho para paliar el error diagnóstico, extraemos la conclusión de que, en rigor científico, no había en este caso clínico ningún síntoma ni signo que nos llevara inconfundiblemente a un diagnóstico u otro. Probablemente en ello juegue una parte no pequeña el no haber podido utilizar

algunos otros medios diagnósticos; aunque es lo más probable que mucha parte en la culpa del error diagnóstico nos corresponda a nosotros por no sospechar la posibilidad de cáncer pulmonar con la suficiente intensidad.

3. Otro hecho interesante en el caso que estamos presentando es la *atípica evolución del cáncer de pulmón.* Afirmamos que es atípica por su manifiesta benignidad, ya que tras veintiún meses de evolución, el estado general del enfermo es magnífico. Desde que le vimos por primera vez ha transcurrido un año más nueve meses que llevaba de evolución, como claramente aparece en su historia clínica.

Y no es que seamos nosotros los que afirmamos que tal cáncer es muy lento en su elolución, sino que, según HUGUENIN (citado por PEDRO PONS), desde la aparición de los primeros síntomas aparentes, el cáncer pulmonar tarda en cumplir su evolución de seis a trece meses, en las formas circunscritas.

4. Ahora, brevemente, vamos a tratar de analizar las *causas* de su anómala evolución.

Por desgracia, no conservamos íntegro el informe del anatomopatólogo, emitido por el doctor GARCÍA JULIÁN, médico interno y ayudante de la cátedra de Anatomía Patológica de esta Facultad de Medicina; pero su diagnóstico, que sí conservamos, es el siguiente: *Carcinoma macizo de pulmón.* Identificable, desde luego, con el tipo anatómico que describen los autores con el nombre de *tumor parenquimatoso nodular* y, posiblemente, con la forma histológica denominada *epitelioma indiferenciado* o *atípico,* aunque no nos atrevamos a ponerle el apellido, que puede ser: de células pequeñas redondas, de células fusiformes y de células polimorfas. Quizá también pudiera tratarse de un epitelioma epidermoide.

A pesar de todo, admitamos la posibilidad de un error en el diagnóstico anatomopatológico. Entonces podía tratarse de cualquiera de estos tipos de tumor:

I. Quiste hidatídico pulmonar o pleural con degeneración maligna, lo que nos sacaría del problema.

II. Quiste hidatídico pleural o pulmonar con degeneración en un tumor benigno. Aparte de no haber podido encontrar descrita en ningún lugar tal eventualidad, nos parece que, en el caso de que existiese, el diagnóstico anatomopatológico no sería tan difícil como para que pudiera confundirse con un carcinoma macizo.

III. Tumor pulmomediastínico, benigno o maligno, cuya clasificación, tomada de PEDRO PONS, insertamos a continuación:

a) *Tumores ganglionares.*—Sistematizados (linfoblastomas): linfosarcoma, reticulosarcoma, linfogranuloma maligno, linfogranuloma benigno, leucemias. Secundarios: metástasis ganglionares. Inflamatorios: adenopatías tuberculosas tráqueobronquiales.

b) *Tumores no ganglionares.*—Primitivos: timomas, cáncer de tiroides, neurinomas, tumores embrionarios (quistes dermoides, teratoides), fibroma, lipoma, condroma; cáncer bronquial, vasculares (aneurismas), quistes pericárdicos, quistes hidatídicos. Secundarios: absceso póttico y otros vertebrales osifluentes, cáncer pulmonar u óseo propagado, etc.

De todos estos tumores podemos descartar los ganglionares o linfoblastomas, por las manifestaciones clínicas y de laboratorio a que dan lugar y ausentes en este caso.

De los tumores no ganglionares podemos descartar los secundarios, por la falta de foco primario.

De los tumores no ganglionares primitivos descartamos los timomas, por la falta de bilateralidad y de continuidad de la sombra radiológica con la del timo; los quistes pericárdicos, por estar lo suficiente alejado el tumor de dicha serosa, y los vasculares, porque no hay nada en el caso que nos haga pensar en el aneurisma o algo semejante.

Los tumores nerviosos, neurinomas, ganglioneuromas o neurofibromas, presentan en su estructura un predominio de células ganglionares, fibras nerviosas sin proliferación de elementos fibrosos en los neurinomas o schwanomas y tejido conectivo de los nervios en los neurofibromas. Son mucho más raros los fibroganglioneuromas, los simpáticoblastomas y los neuroblastomas. Tales tumores, además, proyectan sombras con límites convexos y muy marcados, que desde la sombra mediastínica o desde la pared torácica sobresalen en el campo pulmonar. Pero todos ellos están localizados en el mediastino posterior.

En cuanto a los lipomas, mixomas, fibromas y condromas, aunque su asiento es anterosuperior, su forma redondeada y sus límites muy precisos, no se puede admitir su confusión anatomopatológica con el carcinoma.

Nos queda finalmente por analizar los tumores embrionarios y los adenomas bronquiales.

Con ellos es únicamente posible la confusión, tanto clínica como anatomopatológica.

Quistes dermoides, teratomas y quistes broncogénicos o quistes del epitelio vibrátil.—Son sumores del mediastino, que pueden internarse mucho en el campo pulmonar, produciendo sombras redondeadas y circunscritas que destacan notablemente, pero que no pueden separarse del mediastino. Su sombra es oscura. Solamente los quistes broncogénicos, muy raros, están situados en el mediastino posterior; los otros se hallan en el mediastino anterosuperior. Dada la procedencia de los dermoides y teratomas de restos embrionarios, existe en ellos la posibilidad de ser confundidos con el carcinoma.

Sólo nos resta de este grupo el estudio del adenoma bronquial. Anatomopatológicamente, su estructura adopta la forma de cordones macizos; estos cordones están constituídos por células pequeñas de núcleo redondeado u oval, parecidas a los linfocitos y que fácilmente se confunde con el carcinoma.

Las características del adenoma, según GOLDMAN y STEPHENS, son: 1) uniformidad del tipo de tumor; 2) falta de mitosis; 3) tendencia celular al agrupamiento; 4) metaplasia escamosa del epitelio que lo reviste, y 5) interposición de una importante capa de tejido fibroso entre el tumor y el epitelio.

Clínicamente se describen tres fases: 1) fase de latencia radiológica, en la que existen hemoptisis espaciadas y tos seca irritativa; 2) fase de estado, en la que a los síntomas de la fase anterior se añaden los propios de la obstrucción bronquial, y 3) fase de complicaciones, que son producidas por la oclusión bronquial total.

De todos modos, los adenomas que alcanzan el tamaño del tumor que nosotros hemos presentado, y que se hacen periféricos hasta contactar con la pleura parietal, son muy raros.

IV. *Tumores pleurales benignos.*—Estos son más raros todavía que los tumores pulmonares benignos; no obstante, se han descrito condromas, fibromas, adenomas, lipomas y hasta ganglioneuromas, a los que se pueden aplicar las mismas consideraciones anteriores.

V. *Tumores malignos pleurales.*—Nos encontraríamos con el mismo problema de tratar de determinar la causa por la que tal tumor no había completado en veintiún meses su evolución fatal.

Aunque, si lo pensamos mejor, no es necesario recurrir a la hipótesis de una confusión con un tumor benigno para explicar estas anomalías de evolución, ya que todos sabemos que la Medicina no es una ciencia exacta. Tratándose de un carcinoma nodular o circunscrito, se explica perfectamente su encapsulación y su crecimiento expansivo y no infiltrante. Los hechos que en este caso ya no tienen una explicación tan sencilla son: la falta de metástasis, más probables todavía tras la manipulación quirúrgica, y la falta, en el momento actual, de repercusión sobre el estado general del enfermo, teniendo en cuenta que el caso no puede darse como clínicamente curado.

No obstante, el tumor continúa creciendo, quizá con un ritmo más lento, y ya va invadiendo la pleura diafragmática, como puede apreciarse en las últimas radiografías.

Igualmente nos preguntamos hasta qué punto es responsable de dicha evolución la extracción quirúrgica y la radioterapia administrada, ya que tras el primer tratamiento radioterápico la mejoría fue bien patente.

Creemos que solamente el tiempo y una muy dudosa necropsia podrán resolver estas incógnitas.

Ello, naturalmente, con nuestros mejores deseos hacia la vida del paciente, para que en ningún momento parezcamos buitres esperando el último movimiento de su víctima para lanzarse sobre ella, aunque sea por un muy loable interés científico.

RESUMEN

Se hace la descripción detallada de un caso clínico, en el que el buen estado general, la sintomatología casi nula, y los datos de laboratorio, hacían pensar en un quiste hidatídico de pulmón, y que en la intervención llevada a cabo se apreció un tumor maligno encapsulado, cuyo diagnóstico posterior fue el de carcinoma macizo del pulmón.

Curado de su intervención y tratado intensamente con radioterapia, mejora en su estado general, llevando una evolución atípica, y, tras veintiún meses, su aspecto exterior es bueno, si bien se sigue apreciando una tumoración, sin manifestaciones metastásicas, que crece lentamente invadiendo la pleura diafragmática sin afectarle grandemente.

Dirección: Paseo de Pamplona, 23. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 402 - TOMO LXVIII
SEPTIEMBRE 1959

ESTUDIO DE LOS TUMORES MALIGNOS DE FARINGE

POR EL

DR. JOSÉ RAMÓN MOZOTA SAGARDÍA

ACADÉMICO CORRESPONSAL DE LAS RR. AA. DE MEDICINA DE ZARAGOZA Y VALLADOLID

SANTANDER

TUMORES MALIGNOS DE FARINGE

La lucha contra toda causa de irritación de faringe, contra lesiones benignas susceptibles de transformarse o degenerar en epiteliomas: leucoplasias, papilomas inflamaciones crónicas etc.; contra las causas generales, intoxicaciones crónicas, es base fundamental de la lucha contra los tumores malignos. El diagnóstico precoz, deben saber todos los enfermos que estriba en las molestias persistentes en personas de edad madura, el escupir estrías de sangre, la aparición de nódulos en el cuello; y el médico no debe contentarse con la simple exploración faríngea, cávum, base de la lengua, sino que lo debe enviar al especialista competente; debe asimismo el otorrinolaringólogo enviar, si no se cree competente, a un laringólogo habituado a tratar estas lesiones. Y como norma general, se debe enfocar el problema de tratamiento a salvar en primer lugar la vida, y en segundo término, la función. Y como tratamiento, la cirugía, las radiaciones, la misma quimioterapia antitumoral.

Dividiéndose para su estudio en nasofaringe, orofaringe e hipofaringe, a estas clasificaciones nos atenemos, para este resumen del estudio tumoral.

TUMORES MALIGNOS DE RINOFARINGE

Antiguamente, de pronóstico fatal. La terapéutica por radiaciones antes de metástasis ganglionares y extensión a base de cráneo, actualmente puede curar. El ser mucosa muy rica en linfáticos, sobre todo en región peritubárica, drena por colectores en tres grupos: superior, que va a ganglios retrofaríngeos, a los más elevados de cadena ganglionar, base de cráneo, región cóndilo, rasgado posterior. Grupos medios e inferior, que acaban en la cadena ganglionar yugular, en parte alta.

La mucosa que tapiza rinofaringe, en sus tres cuartos posterosuperiores, es pavimentosa de tipo digestivo. El cuarto anterior, epitelio cilíndrico ciliado respiratorio. Los tumores, en toda su extensión, son de tipo pavimentoso.

El punto de partida de estos tumores es la pared lateral, a nivel de reborde tubárico, trompa en su parte posterior, fosita de Rossenmüller. Donde menos se dan, por orden decreciente: pared posterior, techo, coanas y borde posterior del vómer.

Los epiteliomas son más frecuentes sobre las paredes laterales; los linfosarcomas, a nivel de la bóveda. La proximidad del agujero rasgado anterior, a un centímetro de la fosa de Rossenmüller, permite alcanzar la fosa cerebral media a la neoplasia; rechaza la duramadre hacia arriba, el periostio hacia abajo, necrosando al hueso, mal nutrido, sin defenderse contra la neoplasia. Rápidamente afecta al VI par.

Formas macroscópicas: 1, exofítica; 2, ulcerosa; 3, infiltrante. Los linfosarcomas dan formas exuberantes; los epiteliomas, infiltroulcerosas.

La propagación se hace extendiéndose, *anterior*: hacia nariz, coanas, etmoides, seno maxilar, fosa cerebral anterior, a través de lámina cribosa. *Arriba*: esfenoides, porción interna ala mayor, aplex petroso, lámina basilar, agujero oval, agujero rasgado posterior, vómer, silla turca, seno esfenoidal. *Lateralmente*: pared posterior, hacia fosa cerebral media, por agujero rasgado anterior, espacio pterigo maxilar (agujero esfenopalatino) por hendidura esfenoidal hacia órbita.

Histopatología: Epitelioma, linfoepitelioma.

Linfosarcoma: *a*) linfocitoma; *b*) linfoblastoma; *c*) retículosarcoma (indiferenciado y diferenciado).

Plasmocitoma.

Tumores disembrioplásicos (condromas, cráneofaringioma, adenoma extrasillar hipofisario).

Clínica: Cuatro grandes síndromes: 21 por ciento rinológicos: obstrucción nasal unilateral progresiva, epistaxis o rinorrea estriada de sangre. Otológicos, 20 por ciento: obstrucción tubaria, zumbidos graves pulsátiles; sordera progresiva tipo conducción; hasta ot. media supurada; dolores en ángulo maxilar, gravitativos, prolongados; obstrucción tubaria sin remisión. Adenopatías, 33 por ciento: uni o bilateral; ganglio subcraneal, con otros de cadena yugular. Neurológicos, 21 por ciento, por dos motivos: 1) extensión intracraneana por vía preformada (agujero rasgado anterior, osteítis esfenoidal, punta de peñasco, ala mayor); 2) compresión exocraneana por los ganglios de Cunneo, en el agujero rasgado posterior o a nivel del trayecto cervical de los nervios craneales.

La afección del trigémino se muestra por neuralgias faciales, de una o varias ramas, o la rama motora (masticadores). El VI par, es el más a menudo afectado. Los trismus dolorosos, cefaleas, hemicráneas temporales, dolores profundos retroculares, exigen siempre examen de cávum.

Formas neurológicas.—Síndrome hendidura esfenoidal (III, IV, VI y rama oftálmica del V).

Síndrome del apex-orbitario = amaurosis (II par).

Síndrome de pared lateral del seno cavernoso de Foix = óculomotores, oftálmico y exoftalmía.

Síndrome petroesfenoidal de Jacod = comienzo: VI, V y VIII; después, III y IV y II (oftalmoplejía, dolores gasserianos, sordera unilateral).

Síndrome tumoral de Lannois Gradenigo = V y VI.

Síndromes neurológicos posteriores = agujero rasgado posterior de Vernet = IX, X, XI par.

Síndrome cóndilo-rasgado posterior de Sicard = IX, X, XI e hipogloso.

Síndrome de Villaret = espacio subparotídeo posterior = IX, X, XI, XII y simpático cervical.

Síndrome global de Garcin = todos los pares de un lado.

Formas anatomoclínicas = linfoepitelioma = vegetante y blando, ganglios precoces, duros, bilaterales.

Linfosarcoma = exofíticos, adenopatías precoces difusas, bilaterales, blandas.

Diagnóstico = Examen clínico. Adenopatías. Examen neurológico. Radiografía. Biopsia.

Tratamiento.—Aunque JACOD dice que cirugía, lo mejor es la radiación y buena radioterapia en dos campos bilaterales, a la vez tumor y adenopatías, campos suborbitarios, campos transbucales: 5.500 r. en total.

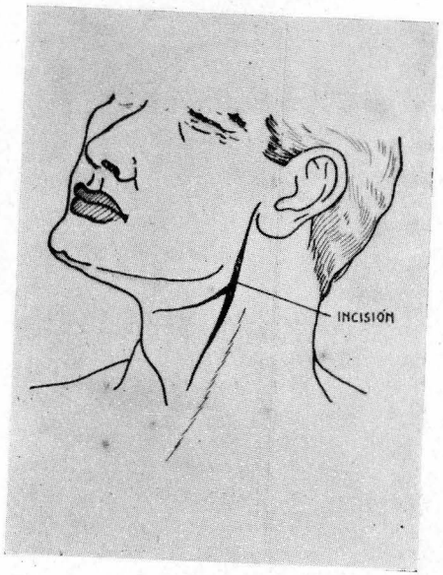


FIGURA 1

Rádium: menos empleado. Los mejores resultados, con cobaltoterapia (bomba).

Sin embargo, actualmente, gracias a los antibióticos, la técnica parafaríngea transmaxilar, técnica de Kresmen, cuyo esquema transcribimos, así como la vía transpalatina, con despegamiento anterior, o la vía de la uranoestafilotomía media, dan amplio campo, pudiéndose ver y tratar el proceso neoplásico bajo la dirección de la vista, pudiendo completar el tratamiento, al cicatrizar, con indicaciones precisas fisioterápicas. Es precisa siempre radiografía lateral y en incidencia de Hirtz.

CÁNCER DE OROFARINGE

El cáncer de orofaringe es una de las localizaciones malignas más serias del organismo, de pronóstico grave, siendo en estos últimos tiempos, bajo los antibióticos y las nuevas técnicas anestésicas, cuando se han suprimido muchos inconvenientes, que permiten en muchos casos resultados operatorios insospechados; y, a su vez, la radioterapia profunda y cicloterapia pendular han perfeccionado sus técnicas, mejorando el sombrío pronóstico habido hasta la actualidad.

Los tipos de tumores que pueden operarse en orofaringe son los epiteliomas de:

1) Cáncer de epiglotis.
2) Cáncer del pilar del velo de paladar.
3) Cáncer de la pared lateral de orofaringe.
4) Cáncer de pared posterior de orofaringe.
5) Cáncer de base de lengua invadiendo orofaringe y valléculas.
6) Cáncer de pared lateral de velo invadiendo orofaringe.

Me refiero exclusivamente a los epiteliomas de faringe, salvo los de amígdala.

En cuanto a los tumores malignos conjuntivos, sarcomas (linfosarcomas), así como los linfoepiteliomas, son tumores que deben tratarse con radioterapia, profunda rádiumterapia y cicloterapia.

Los síntomas varían en su comienzo o en fase más avanzada, ya clínicamente aparente.

En comienzo: el dolor y la otalgia sólo excepcionalmente aparecen; a menudo sólo la sensación de hinchazón unilateral, la molestia a la deglución, la sensación de cuerpo extraño, se atribuyen a una amígdalofaringitis persistente, hasta que unos esputos teñidos en sangre, o una adenopatía cervical avisa del proceso, que entonces, con un tratamiento quirúrgico, puede curar.

Cuando ya el cáncer se muestra claro, con un mamelón enrojecido, una ulceración tórpida, indurada, que fija los tejidos circundantes y que sangra al tocar

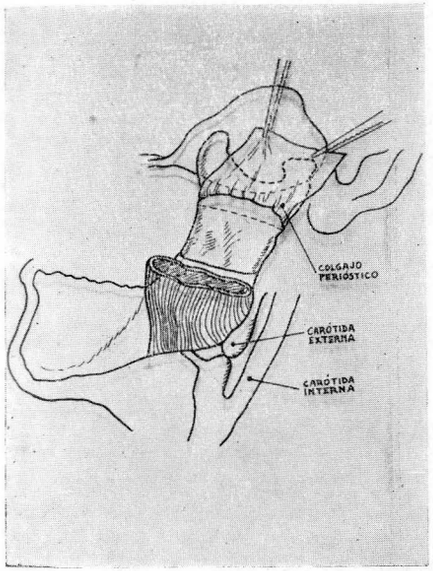


FIGURA 2

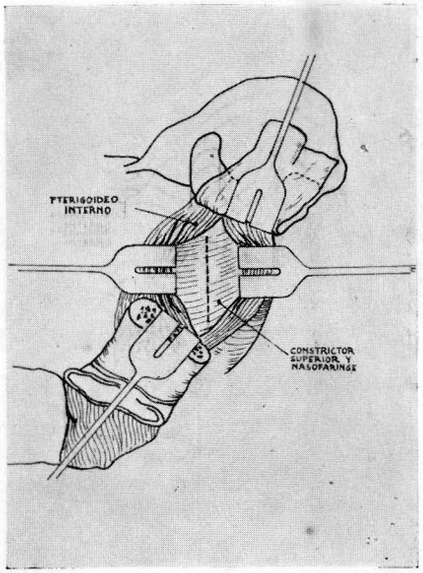


FIGURA 3

con portaalgodones y este tacto resulta doloroso, una biopsia con su análisis histopatológico muestra claramente el diagnóstico del tumor. La exploración de la cadena yugular, del digástrico, nos permitirá ver unas adenopatías precoces. Algunas veces, una leucoplasia, una eritroplasia degenera y facilita el diagnóstico.

Hay formas latentes que aun en esta fase es preciso buscarlas, sobre todo en ciertos tumores de amígdalas palatinas: 1) El cáncer que se desarrolla detrás de pilar anterior, abombando el pilar anterior citado, indurándolo. 2) El cáncer de polo superior intravélico y que al tacto muestra una induración sospechosa. 3) El cáncer del surco amígdalogloso, con protracción de lengua, que se descubre solamente al espejillo.

El cáncer más avanzado se confirma por la disfagia, sialorrea fétida, estriada de sangre; la faringoscopia muestra unas veces una ulceración anfractuosa, irregular, de fondo sanioso, destruyendo todo, hasta la aponeurosis faríngea y los músculos pterigoideos.

Otras veces, mamelones friables y sangrantes, que desplazan faringe por la presión de base de lengua, a la que se propaga el tumor.

Las formas terebrantes, en que la ulceración tumoral avanza en profundidad, produciendo un trismus, por invasión precoz del músculo pterigoideo; tan sólo el depresor, actuando sobre la lengua, despierta dolores intolerables.

Hay siempre adenopatías, unas veces móviles; las más, fijas, por la periadenitis que se añade.

El diagnóstico diferencial con la sífilis y la tuberculosis es fácil, ya que en éstas no hay induración nunca, ni adenopatías. La biopsia dará el resultado positivo.

En cuanto a los tumores malignos conjuntivos de orofaringe, y sobre todo de las amígdalas palatinas, tienen un gran interés histopatológico, que permite grandes esperanzas terapéuticas. Los delicados estudios del sistema retículoendotelial,

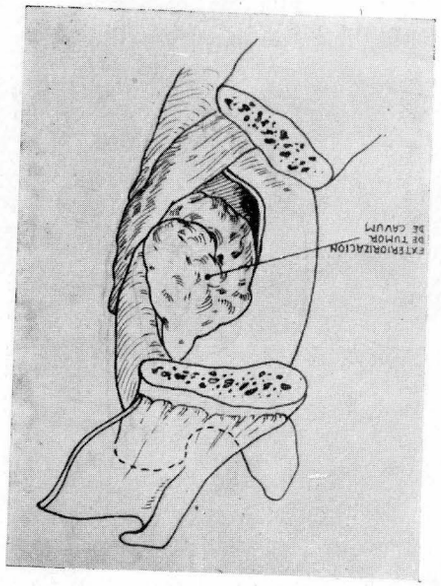


FIGURA 4

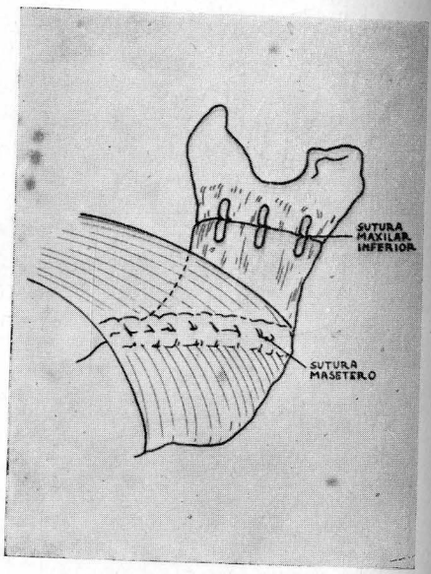


FIGURA 5

las dosificaciones de las globulinas en sangre, la función de estos órganos linfoepiteliales, hacen muy difícil su clasificación, pero susceptible de terapéuticas físicas y quimioterápicas positivas.

Los sarcomas fibroblásticos no tienen nada que ver con este tipo de tumores, ya que proceden de tejidos próximos no dependientes del sistema retículoendotelial, ni en su forma fusocelular ni en la forma de fibrosarcomas.

Los linfosarcomas, caracterizados por la proliferación de células linfoides, de carácter autónomo y manera indefinida, formado por células mesenquimatosas desprovistas de sustancia fundamental, que invaden y destruyen los tejidos normales como los epiteliomas, con una forma linfoblástica, de células pequeñas redondas, jóvenes, poco diferenciadas, sin trama reticular, presentando al lado del linfoblasto algún linfocito normal. Otra forma linfocítica, el antiguo linfosarcoma globocelular, con formas celulares más diferenciadas, pocos linfoblastos. Los linfocitos mayores que los normales, con vasos propios bien diferenciados y poca sustancia reticular.

Otra forma es el linfosarcoma atípico, con gran polimorfismo celular, con grandes células polinucleadas; no hay retículo tampoco, siendo forma muy maligna.

Los retículosarcomas, formados a partir del estroma específico, formado por un retículo de fibras y células reticulares, folículos y cordones, células reticuloendoteliales que tapizan los senos linfáticos que atraviesan los folículos y órganos linfoides. Hay una forma de retículosarcoma embrionario, de forma sincitial. Hay extensas zonas de necrosis. Hay existencia de fibras de reticulina irregularmente repartidas.

Otra forma es el retículosarcoma diferenciado, con verdaderas capas citoplásmicas sembradas de núcleos distintos, pero dando menos el aspecto sincitial que la forma embrionaria. Hay citoplasma abundante, basófilo, con vacuolas, existiendo en el protoplasma de algunas células gotitas grasas. Hay reticulina, cuyas fibras pueden ponerse de manifiesto con impregnación argéntica.

Una tercera forma es el retículosarcoma endotelial, con polimorfismo acentuado. Núcleos extensos, alargados, fusiformes, basofilia, nucléolos aparentes, protoplasma abundante. A veces, las masas sincitiales tienen como fisuras con aspecto tubular de contorno irregular, con células de carácter endotelial. Tienen base clara de colágeno estos tumores.

Retículolinfosarcomas son formas evolutivas sumamente raras. También existen evoluciones fibrocitarias, que pueden ser puras, y otras, polimorfas.

Los retículoepiteliomas son formas de transición intermedias.

CÁNCER DE HIPOFARINGE

Se llamaba antes cáncer extrínseco laríngeo o cáncer laringofaríngeo. Según su localización, la clasificación más adoptada es la del *Royal Cancer Hospital*:

A) De la región epiglótica o epilaríngeos:
   Epiglotis suprahioideo.
   Repliegue ariepiglótico y región aritenoidea.
   Cruce aerodigestivo.

B) Seno piriforme:
   Parte superior.
   Parte inferior.

C) Región epiesofágica:
   Región cricofaríngea.
   Región faringoesofágica.
   Esófago cervical.

D) Pared posterior y lateral e hipofaringe.

Los síntomas de comienzo son idénticos en cualquier localización, siendo de notar un período largo de latencia al comienzo, causando asombro con frecuencia, en la primera visita, la extensión del tumor. La sensación de cuerpo extraño, cosquilleo retrolaríngeo, carraspeo frecuente, ligeros trastornos deglutorios, disfagia, dolor al pasar la saliva, hipersalivación, aliento fétido, otalgia refleja, disfonía por inmovilidad de hemilaringe, adenopatía cervical de apariencia primitiva, que al explorar hipofaringe demuestra que el tumor está localizado en hipofaringe.

Según la localización del tumor antes descrita, los signos funcionales y locales son distintos: en epiglotis, el examen laringoscópico muestra el tumor que asienta en el borde libre o cara laríngea de epiglotis, extendiéndose a base de lengua, fositas glosoepiglóticas o repliegues faringoepiglóticos, pared lateral de faringe o repliegues ariepiglóticos y hemilaringe. En región cervical suelen presentarse rápidamente adenopatías.

En seno piriforme: tres signos no faltan, aunque esté en el fondo del seno:

1) La cavidad del seno piriforme afectado es virtual, lleno de mucosidades y saliva, edema rojo de aritenoides, y repliegue ariepiglótico. Al tacto del porta-algodones se encuentra una masa dura, sacándolo manchado de sangre. El examen directo con hipofaringoscopia o esófagoscopia permite ver la ulceración cancerosa.

2) Más tardíamente, el tumor ocupa el seno, desborda la hemilaringe, rechazándola hacia el lado sano, y hay siempre adenopatías unilaterales.

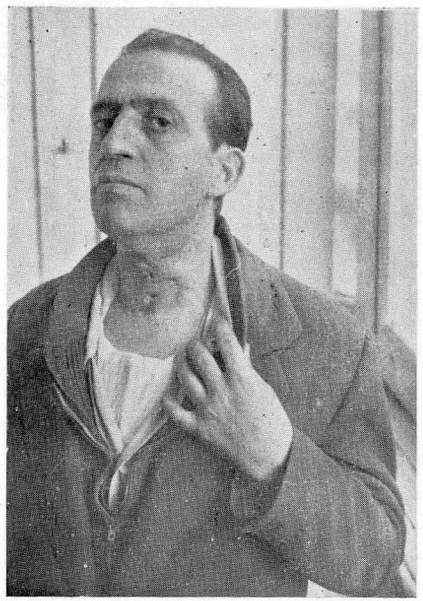


FIGURA 6

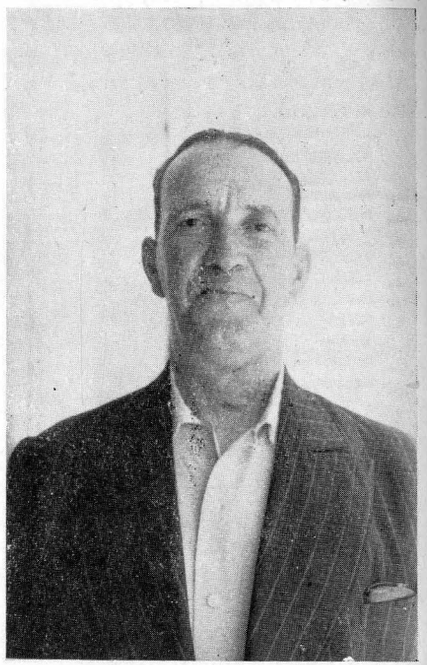


FIGURA 7

3) El cáncer retrocricoideo: difícil de ver en su comienzo con la exploración clínica ordinaria, pero no a la radioscópica, y radiográfica y tomográfica; en la radiografía lateral rechaza hacia adelante la laringe; la adenopatía es tardía; en el cáncer de pared posterior, que se extiende rápidamente en altura, es la radiografía lateral la que ha de demostrar la extensión del mismo. Conviene en estos tumores hacer radiografía con contraste baritado, además de la radiografía simple.

El diagnóstico ha de hacerse sobre el análisis clínico, histopatológico y radiográfico. El diagnóstico diferencial ha de hacerse con la tuberculosis y la sífilis, pero teniendo en cuenta que hay casos en que pueden coexistir las diversas afecciones, siendo siempre imprescindible la biopsia.

La clase de tumores más frecuente son los epiteliomas, espinocelular y basocelular. Se precisa en éstos el estudio histopatológico y celular, para conocer el grado de malignidad, bien sea del tipo Brothers o cualquier otra clasificación. Es preciso tomar dos trozos de tumor, en el centro y periferia del mismo.

Los linfosarcomas y linfoepiteliomas, menos frecuentes, son más radiosensibles y suelen regresar rápidamente, y si hay recidivas, tratándolos nuevamente con antimitóticos, vuelven a ser radiosensibles (mostazas nitrogenadas, naftoclorinas, derivados de colchicina, etc.).

El tratamiento de los linfosarcomas y linfoblastomas es preferentemente la radioterapia profunda y la bomba de cobalto, y últimamente, las perlas de cobalto y el plastobalt.



FIGURA 8



FIGURA 9

Pero el epitelioma espinocelular y basocelular, salvo el de pared posterior de hipofaringe, es tratado selectivamente con intervenciones quirúrgicas, de las que el profesor JUSTO ALONSO, de Montevideo, ha sido el mayor impulsor.

Es preciso no quitar más ni menos de lo preciso, con lo que se pueden conservar las funciones deglutorias y fonatorias; las tácticas de extirpar laringes con parte de faringe, operaciones cerradas brillantes, pero que dejan mutilaciones, por falta de visión directa de la lesión tumoral. Pero también la extirpación demasiado cerca de la lesión, incompleta, es error indisculpable.

En la mayor parte de mis casos operados he practicado cirugía conservadora, con un tanto por ciento de curaciones enorme. (Figs. 6, 7, 8 y 9.)

La técnica es la faringotomía lateral con laringectomía horizontal parcial, en la mayor parte de los casos; otras veces es la faringotomía supra o infrahioidea, con vaciamiento ganglionar. (Figs. 1 a 5.)

Es decir, que el tratamiento en el cáncer de epiglotis debe ser la faringotomía transversa, con vaciamiento ganglionar; en el epitelioma vestíbuloepiglótico: laringectomía parcial horizontal con vaciamiento ganglionar. En el epitelioma faringo-

laríngeo y seno piriforme: laringectomía parcial vertical y vaciamiento ganglionar más radioterapia posterior, o sandwich. El cáncer retrocricoideo, operación parcial si es muy limitado; si es muy extenso, laringectomía total, con resección de pared anterior de esófago cervical y vaciamiento ganglionar. En el cáncer retrofaríngeo, sólo la intervención en los casos muy localizados. En los tumores con lesiones de epiglotis y vallécula: extirpación parcial horizontal, vaciamiento ganglionar, con radioterapia complementaria. En el tipo de intervención ha de señalarse, sobre todo, la extensión del proceso, siendo muy de tener en cuenta que las personas de edad toleran mal las operaciones, así como los diabéticos, cardíacos, nefríticos; y las mujeres, que por su laringe pequeña toleran difícilmente las intervenciones, y mucho mejor la radioterapia.

Conclusiones

1.ª Pasó el momento del pronóstico fatal del tumor maligno faríngeo, habiendo en la actualidad muchas probabilidades, con la moderna fisioterapia, de curar estos procesos neoplásicos.

2.ª La técnica quirúrgica, cada vez más perfeccionada; las vías de acceso al tumor; la cicatrización rápida, gracias a los antibióticos, que permite completar el tratamiento con radioterapia o cobaltoterapia, tratamiento por radiaciones, son fundamentos importantísimos que han influído en la curabilidad del cáncer de faringe.

3.ª Es elemento fundamental en el tratamiento eficaz para la permanencia de la curación, el diagnóstico precoz, en el que siempre, como en cualquier diagnóstico de neoplasia, es el analista histopatólogo quien ha de sentar en definitiva el diagnóstico, y muchas veces con las indicaciones del grado tumoral, de la especie, dentro del grupo tumoral, las directrices del tratamiento.

RESUMEN

La lucha contra la extensión de los tumores malignos de rinofaringe se basa en el diagnóstico precoz, por la apreciación de ciertas molestias por el paciente, y en el examen minucioso por parte del otorrinolaringólogo.

Se describen los tumores malignos más frecuentes, antiguamente de pronóstico fatal, tanto en rinofaringe, como en la orofaringe o hipofaringe, señalando sus formas, localización, signos y las normas actuales de tratamiento que permiten, hoy día, conseguir un elevado número de curaciones en contraste con épocas anteriores relativamente próximas.

Dirección: Alameda Jesús de Monasterio, 8, pral. Santander.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 402 - TOMO LXVIII
SEPTIEMBRE 1959

POSIBILIDADES Y REALISMO DE LA NUEVA ALCALINOTERAPIA

POR EL

DR. JOSÉ M.ª GONZÁLEZ-GALVÁN

SEVILLA

En la patología digestiva perdura, a pesar de los continuos avances, el problema del acidismo, incrementado en muchos casos por el ulceroso. Dos cuestiones siempre candentes, que llegan a veces a obsesionar al clínico. Hemos vencido al máximo las dificultades del diagnóstico; pero aún no hemos podido triunfar en el terapéutico, que, por su amplitud y frecuencia, seguramente alcanza a una cuarta parte del ámbito patográfico digestivo. Todo ello es debido a lo profuso del tema, que nos hace desconocer la etiopatogenia de unas afecciones de larga y cíclica patocronia que mezcla a lo somatopsíquico un individualismo resultante de una heterogénea mezcla de factores: ambientales, cósmicos, constitucionales, tóxicos, hormonales, psíquicos, profesionales, etc., imprimiéndoles una tendencia evolutiva hacia el cronicismo, con épocas de exacerbación sintomática y paréntesis variables de silencio y bienestar.

Siempre serán bien recibidos cuantos intentos se hagan por descubrir nuevos recursos. La farmacología alcalina con fines antiácidos ocupa un gran espacio en la clínica realista, puesto que la hiperclorhidria es un factor común a una amplia gama de gastropatías, y al remediarla combatimos un extenso campo que va desde las sencillas dispepsias a las gastritis, para abarcar a las úlceras gastroduodenales. Cada enfermo que domina o cura su hiperacidez resuelve un gran síntoma, eliminando una afección común o previniendo un paso hacia situaciones de mayor trascendencia.

La alcalinización es un recurso muy antiguo, que se ejerce de manera empírica y científica con profusa y universal indicación, recurriendo a una amplia y variada gama de sustancias, cada una con sus características propias. En este artículo tratamos de exponer la notable atención que ha despertado el empleo del extracto de regaliz, que podemos calificar de sensacionalista, tanto por lo espectacular de sus resultados como por la extensión mundial rápidamente difundida.

Para poder medir el alcance de cualquier nuevo remedio, debemos definir las cualidades exigibles: 1.ª Estar dotado de gran poder neutralizante. 2.ª Ser capaz de desplegar una acción rápida y mantenimiento duradero. 3.ª Ser de reacción propia neutra y de despliegue alcalino. 4.ª No causar una contrarreacción hiperproductora de ácido. 5.ª No ejercer acción lesiva sobre la mucosa. 6.ª Es conveniente que no sea absorbible.

Aún no se ha encontrado la sustancia aislada que conjunte las premisas exigibles, siendo la solución la agrupación de diversas materias para formar un complejo sinérgico. Nuestras experiencias se basan en una fórmula polivalente en forma de comprimidos, que mezcla: subnitrato de bismuto, 350 miligramos; ácido aminoacético, 320 mlg.; extracto de regaliz, 250 mlg.; excipiente, 75 mlg., que, bajo la denominación de «P H - 3», presenta el Laboratorio Salvat, a quien expresamos nuestra gratitud por suministrarnos el abundante material necesario para la realización de las experiencias clínicas. Esta agrupación armónica permite conjuntar al efecto clásico, el moderno de las recientes conquistas.

Es de antiguo conocido el subnitrato de bismuto como elemento protector de la mucosa gástrica, habiendo constituído durante muchas décadas la piedra angular de la terapéutica gástrica por sus efectos «tópicos». El ácido aminoacético es la glicina o glicocola; es un aminoácido. El papel de estos albuminoideos en el trofismo y protección de la mucosa gástrica es conocido y defendido desde 1931 por HABERDENA y DA COSTA y seguidos por WINDWER, LI, FREEMAN, culminando en 1937 con la experiencia de WEIS y ARON con la histidina y el triptófano, hasta más recientemente con las de CO TUI, MULLEN, GALVIN MULHALLEN y BARCHAN. Desde entonces el ácido aminoacético ha pasado a figurar en muchos preparados. Además, su papel es el de actuar como un tampón regulador del pH gástrico por un mecanismo de cambios de iones. Su cualidad es anfótera, reuniendo en su molécula un grupo amino y otro carbóxilo. La corteza de frangula, además de tener acción protectora, es ligeramente laxante.

El regaliz, su extracto, el *succus liquiritae*, es empleado en las gastropatías en forma empírica desde tiempos muy remotos, ya que se menciona en los viejos libros de TEOFRASTO y CELSIUS, e incluso de ESTRABÓN, pasando sucesivamente a la farmacopea tradicional, romana, latina y árabe, que trataban de aprovecharlo con fines béquicos, sudoríficos y diuréticos.

La era científica se inicia con los experimentos de BORTS, confirmándolos REVERS, que obtiene un amplio protocolo de casos. Después, las publicaciones de NELEMANS y STAMPERIUS popularizan su empleo, pasando a numerosos países cuyas escuelas contrastan los resultados en una amplia bibliografía firmada por VICENT, STAMPERIUS, FEREMBACH, GUTMANN, KANUI, ZELTNER, MARTIN, HOLFEN, PASTEUR VALLERY-RADOT, OVERZIER, USOBIAGA y GONZÁLEZ-GALVÁN.

En los trabajos sucesivos, la escuela francesa, de una parte, GUTMAN y KANUI, y más tarde, PASTEUR VALLERY-RADOT y MARTIN, recalcaron el efecto protector, ensayando en cobayos la acción agresiva de la histamina sobre el estado de la mucosa, con las respuestas hiperácidas y la producción de erosiones y ulcus, alcanzando su corroxión hasta fases de perforación, y la acción combativa que determina la protección con el extracto de regaliz, con lo que se consigue que las nocivas agresiones disminuyan o se anulen.

Los cuidadosos estudios experimentales seguidos por VICENT sobre sus propiedades farmacológicas ponen de manifiesto una marcada acción anticolinérgica y antihistamínica.

BORST y su escuela evidencian su alto papel de relajador del tono y motricidad del sistema muscular gastrointestinal.

NELESMANS y STAMPERIUS, abundando en similares pareceres, le conceden un efecto anticolinérgico, con todas las consecuencias posibles en el campo vagal; frenaje de la secreción ácida, acción antiespasmódica y rebajadora de la hipermotilidad.

REVERS lleva su concepción a equipararlo a una acción hormonal parecida a la de la desoxicorticosterona. En paralelo con las incidencias que a veces produce, se le imputa, cuando se emplea a dosis elevadas (30 gramos al día), el que pueda dar lugar a edemas y a hipertensión. Revisando esta cuestión, ZELTNER, MONTIER y GUTMANN hacen observar que tales edemas son debidos a la retención de agua y cloruros, elevándose en consecuencia la presión arterial; pero tales casos sólo ocurren cuando se traspasan en mucho las dosis de manejo o en personas con taras renales. En su opinión, se debe a la similitud entre el principio activo: la glicirrina, que se comporta de manera semejante a la desoxicorticosterona cuando perturba el metabolismo hidrosalino. Este efecto hidropizante no acostumbra a verse en la práctica, por emplearse preparados de regaliz desprovistos del ácido glicirrínico.

El panorama con que histopatogénicamente nos encontramos en los enfermos que van más allá de una dispepsia banal y que sólo exhiben su hiperclorhidria y vagotonismo, es decir, en los de gastroduodenitis y ulcus, es el de una mucosa congestiva e inflamada que nos requiere a protegerla y mejorar sus condiciones tróficas, un quimismo hiperácido o hipersecretor, al que rápidamente debemos neutralizar y restituir sus condiciones pépticas; un desequilibrio neurovegetativo que debemos sedar y equilibrar, con lo que obtendremos efectos sobre la secreción y la motilidad; eliminar cuanto de alérgico pueda inmiscuirse, y en caso de ulcus, una lesión tórpida, aguda o crónica, que demanda para su cicatrización la conjunción de todos los factores expuestos; todo ello hará desaparecer las molestias características (dolor, piroxis, náuseas, pesadez, etc.), con una devolución del tono neuropsíquico, que tanto inclina hacia la recuperación equilibrada y eufórica.

Estas premisas pueden ser cumplidas merced al potencial del fármaco que ensayamos y que, para la mejor exposición didáctica, exponemos a continuación:

ESQUEMA FARMACOTERÁPICO DEL REGALIZ (SUCCUS LIQUIRITAE)

HIPERCLORHIDRIAS	GASTRITIS	ULCUS
CONDICIONES EXIGIDAS	CAPACIDAD MEDICATRIX	RESULTADOS CONSEGUIDOS
Acción alcalinizante	Protección de la mucosa contra el choque histamínico	Desaparición del dolor y de la piroxis
Efectos rápidos y persistentes.	Disminución de la acidez libre y combinada	Encauzamiento de la motilidad
Carecer de «rebote»	Suprimir los espasmos y rebajar el tono motriz	Protección de la mucosa
Ausencia de efectos secundarios	Mejorar la irrigación vascular	Cicatrización rápida de las lesiones
Protección de la mucosa	Favorecer la cicatrización ulceral	Carencia de efectos interferidos
Relajación muscular	Acción antialérgica y anticolinérgica	Sin contraindicaciones
Mejorar el trofismo y la circulación vascular		

Nuestras experiencias abarcan cincuenta y un casos repartidos desde las dispepsias funcionales hasta alcanzar las gastritis y las úlceras de estómago y duodeno y siempre que se demostró que poseían un quimismo hiperácido (las hipoclorhidrias y las aquilias son la única contraindicación formal). Todos ellos fueron observados periódicamente y sometidos a una completa exploración, que incluyó de rutina el análisis del jugo gástrico y el tránsito radiológico.

Aun cuando se viene diciendo por algunos autores que no es preciso con esta medicación el imponer *regímenes alimenticios* severos, e incluso algunos son tan liberales que apenas marcan pautas dietéticas, nosotros, fieles a la ortodoxia de los regímenes, hemos mantenido a nuestros enfermos enmarcados dentro de unos límites de prudencia suprimiéndoles aquellos excitantes como el alcohol, tabaco, café, picantes, salados, productos ácidos, grasas, conservas, etc., encontrándonos satisfechos de sustentar este criterio, más de acuerdo con los conceptos fisiopatológicos de la dietología.

En los enfermos estrictamente funcionales, en los que sólo la *hiperacidez* (sea neurógena, refleja, secundaria a excitantes, etc.) define el síndrome, viene a cumplir la indicación de un modo pleno. La agradable sedación acarrea al fin bienestar. Estamos satisfechos de los resultados conseguidos, que citaremos como buenos en diez casos, medianos en cuatro y malos en uno.

Las *gastritis* mejoran, ya que al cesar la perniciosa acción ácida queda suprimida la principal causa genética, consiguiéndose un encalmamiento, desapareciendo el síndrome subjetivo y la regeneración de la mucosa, evitándose todo peligro corrosivo que pueda ocasionar lesiones y derivar hacia cronicismos evolutivos. Nuestros resultados los clasificamos como buenos en ocho casos y medianos en tres.

A la cabeza de estas gastropatías, las *úlceras gastroduodenales* son las que más nos preocupan. Generalmente son pacientes que cuando llegan a los especialistas llevan mucho tiempo de evolución, han empleado los más diversos fármacos o han enturbiado su ánimo con el excepticismo que da la veteranía del sufrimiento, aunque en la mayoría de las veces dependa de los propios pacientes que no persistieron en los planes que abandonaron antes de tiempo por contingencias personales o veleidades de su impresionable temperamento.

Dada la complejidad genética del ulcus, puede hacerse compatible este tratamiento con otros generales como la histidina, vitaminas o proteínas. Nuestra experiencia se basa en la observación de veinticinco casos, de los cuales mejoraron mucho durante el tiempo de control catorce, se aliviaron nueve y se fracasó en dos. Las mejorías se refieren, en primer lugar, a la desaparición del dolor y de las molestas sensaciones de piroxis, al mejorar el estado general, y a las comprobaciones que se efectuaron sobre el quimismo gástrico, cuyas cifras disminuyeron hasta límites discretos o normales, sobre la disminución motriz, según los controles radiológicos que dominó la tríada de los «hiper»: «hipermotilidad», «hipertonía» e «hiperperistaltismo», hasta devolver el natural ritmo motor. La sumación de estos dos factores químico-motor es la clave de la grata sedación alcanzada.

Los buenos efectos sobre el estreñimiento y la conjunción que la mejoría corporal ejerce sobre la psíquica, elevando el tono moral, contribuye al aumento de peso, y con el bienestar se llega a una meta de euforia que culmina en el éxito alcanzado.

Elegimos al azar algunos casos que hemos asistido, que orientan sobre la eficacia obtenida.

CASO N.º 1.—T. S., hombre de 52 años; ingeniero. Fumador; toma coñac y whisky.
Antecedentes: Malta y eczemas.
Padece desde hace diez años, por temporadas, de un marcado síndrome de acidismo. Quimismo: fuerte hiperclorhidria. Radioscopia: hipermotilidad con vaciamiento rápido.
Es diagnosticado de gastritis crónica.
Ha usado toda clase de alcalinos.
Lo tratamos y observamos durante seis meses, con controles periódicos del jugo gástrico y radioscopias. Mejora subjetivamente y declara que esta medicación le alivia más y con más persistencia que los otros fármacos.

CASO N.º 2.—S. M., 41 años, del campo; vida ruda y alimentación fuerte; bebedor de vino común y fumador de unos veinte cigarros al día.
Lleva dos años con dolor y piroxis, que sólo atiende con bicarbonato.
Desde hace un mes se recrudece intensamente y se decide a consultarnos.
Demostramos es un ulceroso con nicho en la radioscopia y síndrome hipermotor, espasmos y rápido vaciamiento. Quimismo: hiperclorhidria.
Se trata con PH-3 e inyecciones de proteínas. Mejoría rápida. Es visto a los dos y cuatro meses, en que sigue bien.

CASO N.º 3.—R. T. Es una mujer de 32 años, casada, con dos hijos. Ha padecido de anginas y mastitis.
Está diagnosticada de disquinesia biliar y presenta una fuerte dispepsia hiperácida secundaria.
A cada agudización colecística le sigue un período de varioso meses de piroxis, que antes trataba sólo con alcalinos o bicarbonato.
Ahora la sometemos a nuestra medicación, con feliz éxito, pues mejora desde los primeros días y declara que no había obtenido antes tan pronto alivio con ninguna de las otras formas usadas.
A lo largo de dos sucesivas crisis la observamos de nuevo, consiguiendo más pronta y duradera corrección de su dispepsia.

CASO N.º 4.—L. S., de 27 años, carpintero. Estreñido. Hemorroides. Fumador.
Desde hace seis años está diagnosticado de úlcera gástrica, habiendo sufrido dos recidivas.
Lo observamos en su tercera recaída, cuando lleva dos semanas sufriendo de dolor postprandial, ardores, flatulencia y estreñimiento. Sospecha que hace diez días tuvo una discreta melena.
La radioscopia, con síndrome motor exaltado, y el quimismo, con gran elevación de las cifras de acidez, confirman el diagnóstico.
El tratamiento, al que añadimos inyecciones de histidina, le mejora. Conserva el régimen y la medicación cuatro meses seguidos. Lo mantenemos en vigilancia, y seis meses después se mantiene en condiciones normales.

CASO N.º 5.—L. M., mujer de 37 años, casada. Un aborto. Operada de anexitis.
Desde hace cinco años, dispepsia abandonada, con recaídas en los cambios de estación.
El ataque de ahora lleva mes y medio, con algunos vómitos de quimo ácido que le producen mejoría; molestias y algún dolor; piroxis y estreñimiento.
El quimismo es hiperclorhídrico, y a rayor X se observa un cuadro de hipermotilidad e hipertonía.
La tratamos con régimen y PH-3 durante dos meses, consiguiendo una agradable mejoría.

CASO N.º 6.—J. M., de 44 años, electricista. Operado de apéndice. Bronquítico. Fumador.
Desde hace tres años, molestias de estómago con recaída cada seis u ocho meses. Unas veces, molestias, y otras, dolor, que llega a ser en ocasiones intenso. Acidismo. A veces, vómitos. Estreñimiento. Hemorroides.
En la actualidad, recaída. Es la más fuerte que ha sufrido. Probable melena quince días atrás.
La exploración acusó un quimismo de altas cifras hiperclorhídricas, y el examen radioscópico expone una imagen en cascada, con espasmos, hipertonía y vaciamiento rápido.
El tratamiento le resulta bien; lo sigue durante cinco meses. En sucesivas observaciones, durante seis meses, marcha bien.

El balance de resultados obtenidos da un saldo favorable a esta nueva modalidad terapéutica, que queda caracterizada por su alta capacitación para encauzar el valor del pH gástrico, haciendo desaparecer el dolor, suprimiendo los espasmos

y regularizando la circulación sanguínea de la mucosa gástrica, favoreciendo la cicatrización de las lesiones y ejerciendo acción antialérgica, conjunto armonizado que confirma su valor de seguro remedio dentro del moderno campo de la terapéutica digestiva.

RESUMEN

El autor pone de relieve los beneficiosos efectos conseguidos con la alcalinización en patología digestiva. De entre los muchos productos empleados con esta finalidad, destaca la acción sensacionalista y casi espectacular de los extractos de regaliz y, concretamente, del preparado PH-3, que ha experimentado ampliamente, evidenciando sus buenas propiedades y confirmando su mejoría, corporal y psíquica, en distintas dispepsias funcionales, gastritis y úlceras de estómago y duodeno.

BIBLIOGRAFÍA

VICENT.—*D. Therapie*, n.º 6. 1951.
REVERS.—*Ned. Tijdschrift*, n.º 15. 1951.
BORST.—*Lancet*, n.º 259. 1950.
MONTIER.—*Ach. Mal. Ap. Dig. et Nut.*, n.º 42. 1953
FERENBACH.—*Therap. D. Gegenw.*, n.º 93. 1954.
NORPATH.—*Med. Klin.*, n.º 77. 1952.
HOCHREIN.—*Artl. Praxis*, n.º 12. 1953.
ZELTNER.—*Praxis*, n.º 7. 1952.
NELEMANS y STAMPERIUS.—*Academichs Proefsrft*, 1949. Utrech.
USABIAGA.—*Gaceta Méd. del Norte*, n.º 4. 1955.
GUTMANN y KANUI.—*Arch. Mal. Ap. Dig. et Nut.*, n.º 42. 1951.
DUPUY.—*La Revue de Practicien*, n.º 1. 1951.
EVELY.—*Bruxelles Medical*, n.º 31. 1951.
LEGENDRE.—*Unión Medicale du Canada*, n.º 80. 1951.
POLLACK.—*Ad. Protein Chemistry*, n.º 6. 1951.
GONZÁLEZ-GALVÁN.—CLÍNICA Y LABORATORIO, n.º 58. 1954.
KLIMPEL.—*Med. Klin.*, n.º 47. 1952.
FRIEDICH y HARTZ.—*Rheinichches Arteblatt*, n.º 4. 1952.
HOLLER y SCHIRMER.—*Wien. Med. Wschr.*, n.º 102. 1952.
NEUKAMM.—*Med. Klin.*, n.º 7. 1954.
DIETZ.—*D. Landartz*, n.º 29. 1953.
BEYRER y LEIFETSEDER.—*Rev. Therap.*, n.º 9. 1954.
SCHULTE y FRANKE.—*Deutch. Med. Wochr.*, n.º 76. 1951.
VERHEIJEN.—*Ned. Tijdechr. vor Geesskunde*, núms. 92 y 97, 1948.
BORST.—*Lancet*, n.º 259. 1950.

Dirección: Carlos Cañal, 6. Sevilla.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 402 - TOMO LXVIII
SEPTIEMBRE 1959

NOTAS PRACTICAS

TRATAMIENTO DE LA PLEURESÍA

POR LOS DOCTORES
SIFFLET y GAUTREAU
AUXERRE (FRANCIA)

El tratamiento de la pleuresía tuberculosa ha permanecido muy incierto hasta estos últimos años; ninguna medicación modificaba sensiblemente la evolución espontánea de la enfermedad, y su pronóstico lejano quedaba, a pesar de todas las precauciones, sometido a una peligrosa incertidumbre.

El descubrimiento de los medicamentos antibacilares no ha traído la solución del problema, y su empleo se ha revelado ineficaz sobre el derrame pleural. Ha sido preciso conjugar su acción con la de los medicamentos antiinflamatorios para dominar al fin esta localización de la tuberculosis.

Hoy, si bien los principios de un tratamiento eficaz son al fin perfectamente conocidos, este tratamiento no está todavía claramente codificado, y los diferentes elementos que intervienen en su aplicación ofrecen numerosas variantes, entre las cuales es difícil escoger.

Tres preocupaciones deben, de hecho, llamar la atención del médico:

—Poner término a la infección y agotar rápidamente el derrame.
—Prevenir la evolución de una tuberculosis ulterior; y
—Evitar el peligro funcional de la sínfisis.

Es *la medicación antiinflamatoria* la que realiza el tratamiento de la pleuresía propiamente dicha. Su acción es a menudo espectacular: la temperatura, elemento fundamental del cuadro clínico que inscribía antes sobre la curva, durante numerosas semanas, sus oscilaciones características, se normaliza en dos o tres días y a veces incluso en unas horas; el dolor, la moletia, la depresión física y moral, la inapetencia que le acompañaban, desaparecen al mismo tiempo. El enfermo entra, por así decir, en convalecencia. Ha bastado para eso un poco de cortisona o de fenilbutazona.

Naturalmente, no siempre todo es tan esquemático; la acción de la medicación antiinflamatoria no es tan rápidamente eficaz, el derrame tarda en reabsorberse, las punciones resultan difíciles... Es preciso, como quiera que sea, obtener la caída de la temperatura y la desecación de la pleura en los plazos más cortos.

Se puede, pues, variar los productos o las técnicas: utilizar el ACTH en perfusión, a la dosis de 10 a 25 miligramos, o la delta-cortisona *per os*, a razón de 10 a 15 miligramos por día, o aplicar una inyección intramuscular de 0'50 gramos de fenilbutazona, que se repite una o dos veces.

Preferimos por nuestra parte el ACTH en perfusión cada vez que podemos convencer al enfermo de tratarse en una clínica. En el domicilio, utilizamos más frecuentemente el cortancil. Utilizamos ambos medicamentos durante tres a seis semanas. Reservamos la fenilbutazona para los casos en que la acción de la hormona cortical no es decisiva. La fenilbutazona nos parece tener, en efecto, sobre la temperatura, una acción más rápida y especatcular; pero parece, por el contrario, tener menos eficacia sobre la reabsorción del líquido.

El derrame, en efecto, se reabsorbe a veces bajo la sola acción de la córticoterapia. Pero no por ello recurrimos con menos frecuencia sistemáticamente a las punciones, que aceleran todavía más la desecación de la pleura. No nos parece indiferente que esta desecación se efectúe tan rápidamente como sea posible: las secuelas de la pleuresía nos parecen tanto más importantes cuanto más ha persistido el derrame.

Paralelamente a este tratamiento antiinflamatorio se instituye *el tratamiento antibacilar*. Este tratamiento es indispensable para evitar toda reactivación de la tuberculosis por las hormonas corticales, y si sabemos que su acción directa sobre la pleuresía es despreciable, la creemos indispensable frente a la tuberculosis que la ha engendrado. Las lesiones subyacentes, manifiestas o latentes, serán neutralizadas, y el porvenir, asegurado.

Todas las modalidades de la terapéutica antibacilar son buenas, con tal que estén de acuerdo con los imperativos exigidos para el tratamiento de toda tuberculosis: asociación de varios antibióticos y larga duración del tratamiento. Por nuestra parte, solemos utilizar simultáneamente los tres antibacilares principales: hidrácida, PAS y estreptomicina, y mezclamos a menudo el PAS y ACTH en el mismo frasco de perfusión.

¿Cuánto tiempo conviene mantener este tratamiento antibacilar?

Es ésta una cuestión a la que es difícil responder. Si existen lesiones radiológicas subyacentes, no hay ninguna duda de que sea necesario continuarlo tanto tiempo como para el tratamiento de una localización pulmonar de la enfermedad, es decir, durante uno o dos años. Si la pleuresía no parece acompañarse de alteración del parénquima, proseguimos durante tres meses el triple tratamiento, continuando durante tres a seis meses más con isoniacida asociada al PAS o a la chaulmosulfona. Esto es ciertamente un mínimo, y es posible que a continuación prolonguemos este tratamiento.

Durante el comienzo de este tratamiento el enfermo, naturalmente, es mantenido en *reposo absoluto en cama.*

¿Cuánto tiempo debe mantenerse este reposo?

El dogma del reposo no era apenas menos absoluto en materia de pleuresía que en materia de tuberculosis pulmonar. Algunos médicos exigían a sus pleuríticos permanecer en cama un año o más y no les autorizaban a continuar sus ocupaciones hasta después de varios años. Otros enviaban a sus enfermos a sanatorios, como los tuberculosos pulmonares. Nosotros nos hemos alzado contra esos tratamientos excesivos. Nos ha parecido que no disminuía en absoluto la frecuencia de los ataques pulmonares ulteriores. Nos parecía inútil mantener la cura de reposo en toda su severidad más allá del período de estabilización de la enfermedad marcado por la recuperación del peso y de las fuerzas, y, en la mayor parte de los casos, reducimos a seis meses esta fase del tratamiento, dejando volver al trabajo al enfermo al cabo de un año. No hemos tenido que arrepentirnos sobre esta concepción del tratamiento de la pleuresía.

Pero hoy los hechos son totalmente diferentes. El período inflamatorio de la pleuresía y la reabsorción no se prolonga más allá de algunas semanas. La acción de los antibióticos nos preserva de toda evolución intercurrente.

¿A qué duración conviene reducir el período de estancia en cama?

Creemos, por nuestra parte, que es preciso sobrepasar en algunas semanas la fase inflamatoria y que debe exigirse el reposo absoluto en cama durante seis semanas a tres meses. Seguidamente, la cura de reposo progresivamente suavizada, se mantiene durante tres a seis meses. Y es un total de seis meses a un año lo que necesita el enfermo para volver a sus ocupaciones, teniendo en cuenta la severidad de su afección y la naturaleza de su trabajo.

Nos parece que ésos son hechos razonables que sólo una larga experiencia nos permitirá modificar. Ningún incidente, hasta aquí, se ha anotado en su pasivo.

¿Cómo, por otra parte, podríamos conciliar estas exigencias de un reposo absoluto tan largo tiempo prolongado con las necesidades que hemos aprendido a reconocer ahora, de una *reeducación precoz*, única capaz de evitar secuelas funcionales demasiado frecuentes?

Se sabe, en efecto, desde largo tiempo, el peligro que corre ese diafragma que se ha dejado fijar, mientras se reabsorbe el derrame, en posición alta. Las adherencias así constituídas resisten a todo esfuerzo de reexpansión, y la función ventiladora se encuentra gravemente disminuída.

Es, pues, necesario vigilar y evitar el bloqueo de la cúpula en posición alta, y, desde el principio, obligar al enfermo a acostarse alternativamente sobre los dos lados y no, como tiene tendencia a hacerlo, sólo sobre el lado enfermo, en esa posición en que la prensa abdominal hace ascender el diafragma. Es necesario también, en cuanto el líquido se reabsorbe, hacer recuperar al músculo su tonicidad y movilidad. La gimnasia respiratoria será, pues, empleada tan pronto como sea posible, desde el fin del primer mes, lo más a menudo; bastará al principio con hacer efectuar al enfermo, varias veces al día, en decúbito lateral derecho e izquierdo, inspiraciones y expiraciones forzadas que repetirá quince o veinte veces. Después, si es posible, se le hará hacer, al cabo de algunos días, bajo la vigilancia de un monitor, ejercicios que harán trabajar sus músculos respiratorios. La radioscopia y la espirometría permitirán controlar los progresos realizados. Más tarde, vuelto a su domicilio, el enfermo continuará haciendo los movimientos que habrá aprendido. Así serán reducidas al mínimo las secuelas funcionales consecutivas a la pleuresía.

Esta reducción precoz, efectuada inmediatamente después de la fase inflamatoria, no dará lugar a ningún incidente bajo tratamiento antibacilar y no hará correr ningún riesgo al enfermo. Sólo deberán dispensarse de ella los que presenten bajo su derrame alteraciones pulmonares.

* * *

Gracias a la conjunción del tratamiento antiinflamatorio y la reeducación precoz, las secuelas funcionales serán casi siempre mínimas y no entrañarán nada más que un déficit respiratorio insignificante.

Pero nos ha sucedido en varias ocasiones tener que enfrentarnos con derrames incorrectamente tratados y datando de varios meses o con pleuresías que habían curado con un diafragma bloqueado en posición alta.

En estos dos casos, la función respiratoria del pulmón subyacente está ampliamente comprometida y el espirograma muestra una disminución definitiva e impor-

tante de la ventilación, que no dejará de tener graves consecuencias sobre el porvenir del sujeto, admitiendo que no entraña para él de inmediato una molestia importante en el ejercicio de su oficio. El déficit funcional puede ser tal que plantee desde entonces la cuestión de la oportunidad de una decorticación. Parece, pues, en efecto, que no hay que contentarse en lo sucesivo con una curación clínica del derrame y que el fin del neumólogo debe tender a restituir al pulmón el máximo de su función anterior. Por nuestra parte, nos ha sucedido varias veces pedir al cirujano recuperar la superficie respiratoria inmovilizada por la sínfisis, y así hemos podido reparar los perjuicios de un tratamiento mal conducido. *¿Cuándo es necesario practicar esta recortización?* Nos parece que se puede hacer en cuanto la pleura aparezca fija e irreversible, es decir, cinco o seis meses después del comienzo de la pleuresía. *¿Interesa operar así de modo precoz o es preciso esperar más?* No hemos observado ningún inconveniente en intervenir precozmente. Pero se sabe que las posibilidades de recuperación persisten durante años.

Antes de terminar con este capítulo del tratamiento de la pleuresía tuberculosa querríamos llamar la atención sobre un problema que frecuentemente nos plantea *la curación, por así decir, demasiado rápida,* de algunos episodios pleurales tratados desde su principio por la medicación antiinflamatoria.

Ocurre, en efecto, que los síntomas de la pleuresía ceden en algunas horas y que el derrame desaparece aun antes de estar constituído. ¿Se trata entonces de una pleuresía cuya evolución ha sido detenida, pero que queda de ella nada menos que una manifestación bacilar temible, o bien no era nada más que la reacción pleural, sin consecuencias para el porvenir, de una infección estacionaria banal? El diagnóstico es de extrema importancia, puesto que implica en el primer caso la institución de un tratamiento antibacilar de larga duración, mientras que entraña, en el segundo, la abstención terapéutica. Muy a menudo, ningún elemento permite decidir. Por eso, en caso de duda preferimos someter indebidamente al enfermo a una medicación inútil, pero cuyos inconvenientes nos parecen menos graves que el despertar de una tuberculosis desconocida. Y cuando nos abstenemos, sometemos al enfermo a una vigilancia radiológica estrecha y prolongada.

RESUMEN

El tratamiento actual de las pleuresías se inspira en reglas simples que será fácil codificar. Desecar la pleura, prevenir la evolución de la tuberculosis, evitar los trastornos funcionales engendrados por la sínfisis, tales son los imperativos a observar. Su aplicación no ofrece dificultades particulares. Pide solamente una atenta vigilancia del enfermo tratado, un control radiológico permanente y, si es posible, exámenes espirográficos repetidos.

Sin embargo, no es fácil reunir estos medios en el domicilio del enfermo; tampoco obtener de él el mínimo de disciplina de cura indispensable. Esta es la razón por la cual aconsejamos casi siempre la hospitalización del enfermo en un centro especializado, durante las primeras semanas de la enfermedad. Nos ha parecido que esta fórmula nos daba mayor seguridad y que se evitaban así muchas desobediencias.

(«Le Concours Medical», núm. 25, junio 1959, París. Traducción por nuestro redactor doctor J. Rivera.)

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 402 - TOMO LXVIII
SEPTIEMBRE 1959

LIBROS

AUTORES NACIONALES

MEDICINA HUMANÍSTICA, *por el doctor* TOMÁS CERVIÁ. *Un vol. (14'5 por 21'5 cm.) de 200 páginas, con dibujos; rústica. Publicación núm. 19 del Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife. Santa Cruz de Tenerife, 1959.*

En el ambiente actual de predominio indudable de lo material y lo técnico, se hacen cada vez más necesarias y precisas las voces de alerta que hagan presentes que debajo de los signos ostensibles de la enfermedad, hay una vida que late y sufre, que es con frecuencia responsable de la caída de la salud. La moral del hombre, como dice Cerviá, ha quedado retrasada en muchas millas de su progreso material y ahí está la raíz de su tragedia. Los problemas morales y espirituales son, en el fondo, siempre problemas religiosos. Por eso los médicos materialistas curan enfermedades, pero no vidas. Es preciso, por tanto, humanizar nuestra Medicina.

Con esta excelente orientación se reúnen en el presente volumen algunas conferencias y artículos, ligados por la preocupación común de centrar el ejercicio profesional en su sentido «humano», avivando en las conciencias esta responsabilidad esencial.

Por mi parte estoy cada día más convencido de la utilidad de recoger esta obra dispersa en forma de volumen. En su día, servirán para fijar un estado de opinión que no es meramente el de un solo individuo. El doctor Cerviá —visto en este aspecto de perspectiva histórica—, no es sólo un médico, sino el vértice intelectual de la opinión y el criterio de otros muchos hombres que laboran cada día con más ahínco para que la Medicina no se desvíe nunca de lo que debe ser su verdadera misión.

En este libro —que hace ya el 19º de las publicaciones del Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife— se agrupan como decimos, diversos artículos, conferencias y ensayos, todos inspirados en idénticas preocupaciones y presentados no sólo a médicos, sino en general, a un público culto. Todos ellos cumplen a maravilla su interesante finalidad de orientar y avivar conciencias por derroteros más firmes y que nunca debieron haberse abandonado. De ellos destacan en mi opinión: «El sentido religioso de las enfermedades y de la Medicina», en donde señala la evolución de la Medicina hacia nuestras concepciones, creencias y moral católicas. Y un bellísimo ensayo sobre «La lección de Carrel», en donde recoge la historia, drama y ejemplo de toda su vida laboriosa y honesta.

En resumen, un volumen muy bien presentado —adornado con alegóricos dibujos al comienzo de cada trabajo—, que se lee con agrado en todo momento y que hará mucho bien a quienes dediquen algunos ratos a su lectura. Por ello me permito expresar públicamente al inteligente compañero doctor Cerviá, mi gratitud por la edición de estos trabajos que tanto le enaltecen y mis sinceras felicitaciones y alientos para que se repitan sus merecidos laudos.—RICARDO HORNO LIRIA.

VIDA Y OBRA DE GASPAR CASAL, *por* RAFAEL SANCHO DE SAN ROMÁN. *Un folleto (17 por 24 cm.) de 31 páginas. Publicaciones de la Cátedra de Historia de la Medicina. Salamanca, 1959.*

En un breve folleto hace el autor el estudio biográfico y de la obra del ilustre médico y precursor español D. Gaspar Casal, catalán de origen, y avecindado en Oviedo, en donde realizó su obra investigadora sobre las carencias nutritivas, concretamente el «Mal de la Rosa» o pelagra, así como otras enfermedades frecuentes en Asturias; estudió también el suelo de la región, describiendo yacimientos de succino o ámbar asturiano.

Casal es una sugestiva figura del setecientos, de gran personalidad, amigo y discípulo del P. Feijoo, bajo cuya protección llegó en las postrimerías de su vida a ser médico de la Corte de Fernando VI, protomédico y académico. Su obra «Historia Natural y Médica del Principado de Asturias», de absoluta originalidad, es un precioso documento médico de la época, escrito con sinceridad y acusado estilo hipocrático.

Es lástima que en este estudio biográfico que recoge casi todo lo publicado hasta ahora sobre el notable médico de Oviedo, siga manteniéndose la incógnita de sus estudios universitarios, y las escasas noticias de sus ocho últimos años en Madrid. Es una bonita recopilación que se lee con placer por el aficionado a estudios históricos. — C. FERNÁNDEZ RUIZ.

EL CORAZÓN SENIL. EXPOSICIÓN DE CONJUNTO, *por el doctor* E. MARTÍNEZ RAMÓN. *Un vol. (17 por 24'5 cm.) de 78 páginas; rústica. E. Facta. Valencia, 1959.*

COMO señala el doctor Martínez Ramón en la introducción de su libro, las afecciones del sistema cardiovascular superan en mucho a las demás causas de muerte a partir de los sesenta años de edad, por lo que no es de extrañar que en los últimos años haya despertado entre los cardiólogos y los geríatras un gran interés el estudio del corazón del anciano.

El autor recoge en este trabajo una revisión completa de la cuestión, matizada por su experiencia personal, que supone una novedad, pues aunque la geriatría despierta cada vez mayor interés, no son frecuentes los trabajos a ella dedicados. Creemos por eso que el libro ha de ser muy útil para el médico en general y, sobre todo, para el que sienta afición por temas geriátricos.

Una primera parte está dedicada al estudio de lo que podemos llamar concepto, características, manera de expresarse en clínica y síntomas iniciales que corresponden al corazón senil. Describe a continuación las particulares características de la insuficiencia cardíaca en el anciano y los cuadros clínicos más frecuentes en él.

Por último, en el amplio capítulo dedicado al tratamiento, hace especial hincapié en la necesidad de utilizar dosis adecuadas, más suaves de las que se emplean en el adulto, sobre todo en lo que se refiere a los preparados digitálicos. Resalta también el interés de las terapéuticas de renovación o «rejuvenecimiento», como extractos celulares, sustancia H de Aslan, etc., sobre las que se carece todavía de experiencia sedimentada.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

EL FACTOR VASCULAR EN LA EMBOLIA PULMONAR. ESTUDIO EXPERIMENTAL, *por el doctor* F. GÓMEZ FERRER BRAVO. *Un vol. (17 por 24'5 cm.) de 147 páginas, con 55 figuras; rústica. Ed Facta. Valencia, 1959.*

LA finalidad de este trabajo de tesis doctoral es contribuir a aclarar el mecanismo de muerte en la embolia pulmonar estudiando la repercusión cardiocirculatoria de dicho estado patológico.

La embolia pulmonar es una complicación frecuente, que afecta tanto a enfermos médicos como quirúrgicos, casi siempre grave, que plantea problemas de tratamiento y, sobre todo, de diagnóstico y de prevención, que no pueden ser totalmente patológica del émbolo en una de las ramas de la pulmonar, pues conocido es el hecho de que trombos grandes, que obturan una rama importante, pueden pasar desapercibidos en clínica, mientras que otras veces pequeñas embolias pueden resultar fatales.

El autor hace una extensa revisión bibliográfica de las teorías fisiopatológicas en torno a este problema (teoría tóxica de Lengenhaggen, teoría anafiláctica de Fischer, experiencias de Smith sobre el papel de la liberación de serotonina, etc), comentándolas ampliamente y estudiando después de manera experimental la acción de la serotonina y las consecuencias circulatorias de la embolia experimental.

Utiliza como animal de experimentación el perro, al que produce embolia por inyección en las yugulares de trombos de tamaño constante, registrando las modificaciones que aparecen en la presión arterial, presión pulmonar, electrocardiograma, oscilometría, pulso, pletismografía, etc.

Entre las conclusiones que deduce de su trabajo destacan las referentes a la serotonina, que el autor cree que no juega papel importante en las modificaciones tensionales postembólicas, y que no agrava el curso evolutivo de la embolia. Tampoco admite la existencia del reflejo pulmonar, pues la hipertensión pulmonar postembólica no se modifica al bloquear los reflejos vagales.

Cree que lo fundamental es el factor mecánico, dependiendo la mayor o menor acción letal del émbolo de fenómenos, como la marginación del coágulo o el desarrollo de circulación complementaria pulmonar.

La evolución letal de la embolia se produce en tres fases: una de taquicardia y vasoconstricción periférica; una segunda fase de predominio vagal, con bradicardia, arritmia respiratoria del pulso, trastornos de la hematosis que acentuarían la vasoconstricción, y una tercera fase en la que el fracaso de los mecanismos compensadores y mantenedores de la vasoconstricción, la anoxia tisular y la insuficiencia cardíaca, llevarían a la muerte del animal de experimentación.

Se trata de un trabajo interesante, que aporta nuevos datos sobre el problema, que desde luego no queda resuelto completamente.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

CLASIFICACIÓN DEDEF DE ANTIBIÓTICOS. *Un vol. (20 por 27'5 cm.) de 64 páginas; rústica. Ed. Dedef, Iztueta, 7. San Sebastián, 1959.*

COMO complemento del formulario Dedef se recogen en estas tablas de indudable interés para el médico y farmacéutico, todos los preparados de antibióticos existentes en el mercado nacional. Consta de cuatro clasificaciones que se complementan magníncamente. La primera por orden alfabético de nombres comerciales, la segunda por medicamentos básicos, la tercera por orden de enfermedades en que pueden utilizarse y, por último, por orden de laboratorios.

En cada especialidad figura la composición, indicaciones, dosis medias, presentación y precio, lo que da idea de la utilidad de la publicación que conocen bien los numerosos usuarios del Dedef, que a diferencia de otras publicaciones parecidas, recoge la totalidad de productos farmacéuticos del mercado.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

LA RESECCIÓN ESCLERAL COMBINADA CON LA DIATERMIA EN EL DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA, *por el doctor* ALBERTO BASTERRA IBARRA. (*Tesis doctoral de la Universidad de Valencia*). *Un volumen en cuarto, de 63 páginas y 17 figuras. Valencia, 1958.*

SIEMPRE fue el desprendimiento de la retina uno de los problemas más acuciantes de la oftalmología, por ser de los que en más elevado porcentaje conducían a la ceguera. Con Gonin cambió radicalmente el aspecto del problema, abriéndose más diáfanas perspectivas de esperanza y de curación. Como suele ocurrir siempre, los seguidores ensancharon el camino y lo aseguraron, afianzándolo con nuevas técnicas; éstas, a su vez, también han proliferado, enriqueciéndose en número y perfección; de entre ellas, la que parece prometer más seguridad es la que expone el doctor Basterra en la tesis que nos ocupa.

La resección escleral, por su parte, ha sufrido diversas modificaciones impuestas según el criterio y experiencia de sus diversos autores. Todas ellas persiguen un objetivo común, la aproximación de las cubiertas oculares a la retina.

El presente trabajo se apoya en la experiencia de quince resecciones laminares combinadas con diatermia. Los resultados obtenidos representan un 60 por ciento de éxitos, atribuyendo el motivo a que la resección fue primaria. El autor opina que la invaginación de las paredes oculares, además de la resección, mejore todavía más los ya muy elevados porcentajes de curación.—A. FACI MUÑOZ.

GRANDES SÍNDROMES QUIRÚRGICOS, *por el profesor* SEBASTIÁN GARCÍA DÍAZ *y colaboradores. Un vol. (17'5 por 25 cm.) de 483 páginas, con 183 grabados; encuadernación en tela. Editorial Científico Médica. Barcelona-Madrid, 1959.*

EL profesor Sebastián García Díaz ha estado poco tiempo en Zaragoza. Tan sólo algunos meses. Pero no ha pasado desapercibido por los ambientes culturales médicos zaragozanos, y en su breve estancia ha tenido ocasión de dejar pruebas patentes de su personalidad, rica en facetas humanas, científicas y profesionales.

En el libro que vamos a comentar, se nos ofrecen impresas todas las conferencias dictadas a lo largo de un cursillo, breve en el tiempo, pero extenso, profundo y a la vez práctico en su contenido. Este cursillo se desarrolló en el Servicio de Patología Quirúrgica del y bajo la dirección del profesor García Díaz. Estuvo dedicado al estudio de una serie de grandes síndromes quirúrgicos, ya bien establecidos, y que por su importancia merecen ser destacados.

En total se recogen en el libro veintidós grandes síndromes, que corresponden a otras tantas conferencias, si bien los autores no son tantos, porque los hay con dos y tres estudios. Citarlos y comentarlos todos, como en justicia se merecen y sería nuestro deseo, no es posible. Seleccionar los que consideremos más destacables, resultaría dificilísimo. Habremos de conformarnos con decirle al lector que todos los autores son universitarios de prestigio, consagrados a la docencia y con hábito, por tanto, de exponer con orden y claridad. Y que cada uno aporta su experiencia personal sobre el tema concreto de que se ocupa, realizando la labor de síntesis bajo su particular criterio.

Esta última consideración nos lleva a comentar otra característica de la obra. Se estima comúnmente que las obras en colaboración corren el riesgo de ser una agrupación, una mezcla de trabajos diversos, expuestos también con diversidad de criterio, con repeticiones y aun con contradicciones. Aquí no ocurre tal cosa. El conjunto presenta sus piezas ensambladas y aunque se pueden separar unas de otras sin perjudicar el conjunto, todas ellas permanecen unidas por algo impalpable que da al todo características de unidad. Este algo bien puede ser la inspiración y concepción que dió al cursillo el director del mismo.

La obra está magníficamente presentada y la iconografía es muy buena. Circunstancias que, a no dudar, contribuirán también a la gran acogida que merece de médicos, cirujanos y estudiantes de Medicina.—SERAL.

AUTORES EXTRANJEROS

L'EXPERTISE DE LA SILICOSE PULMONAIRE, *por* PAUL SADOUL y MAURICE DUSAJUN. *Un vol. (16 por 24 cm.) de 234 páginas, con 42 figuras y 15 cuadros; rústica. Precio: 2.400 francos. Masson et Cie., Editeurs. 120, Boulevard Saint Germain. París. VI. 1959.*

LA ciudad francesa de Nancy se halla enclavada dentro de una rica zona donde abundan las industrias ocasionantes de silicosis. Por ello, y aprovechando también la coincidencia de poseer Facultad de Medicina, con departamento especializado en el estudio de las enfermedades respiratorias, se creó un Colegio o Instituto especial, dedicado a la prevención y tratamiento de la silicosis y sus complicaciones. Comenzó a funcionar en el año 1954, y la presente publicación es una especie de resumen de sus actividades durante un trienio, que permite a los autores revisar cuantos problemas se relacionan con tan transcendente enfermedad profesional, contrastándolos con su personal experiencia.

La orientación de la obra es esencialmente práctica, aleccionadora para quien tenga que contactar con enfermos expuestos a la nocividad de atmósferas pulvígenas, pero su primordial finalidad es la valoración médico-legal del silicótico. Por ello, los autores no se ocupan, como lo hacen otros tratadistas, del estudio de las condiciones del medio ambiental donde el productor trabaja, limitándose a la revisión plena del paciente o presunto enfermo, pudiéndose afirmar que es difícil encontrar en la literatura mundial libro tan completo, enfocado preferentemente a resolver tan arduas y litiginosas materias.

De un modo exhaustivo se valoran la capacidad laboral del silicótico o su incapacidad, en cualquiera de sus grados y complicaciones, procedan del aparato circulatorio con el frecuente cor pulmonar crónico, sea la tan temida como corriente asociación sílico-tuberculosis, sea cualquiera otra de las evoluciones negativas de los enfermos afectados de este morbo profesional. Desmenuzan los componentes de la escuela de Nancy, al máximo, los problemas que se plantean en la práctica, según procedan los enfermos de unas u otras industrias o minas, mereciendo resaltarse los tests espirográficos que realizan, completados por la medida del volumen residual y por la prueba de la acetilcolina; son también notables sus estudios basados en la repercusión que sobre el aparato respiratorio determinan los ejercicios musculares, que aclaran y condensan con gráficas numerosas y figuras.

Son en extremo interesantes las disquisiciones que realizan sobre las pneumoconiosis procedentes de los trabajadores de minas de hierro, que a veces se confunden —incluso por los especialistas —con auténticas silicosis, cuando en realidad se trata, en ocasiones, de inofensivos tatuajes del parénquima pulmonar. Comentan con detalle la legislación francesa, cuyo texto reproducen, y señalan la necesidad de practicar la autopsia en todos los casos de presuntos silicóticos, cuya garantía puede ser definitiva, a condición de que el acto necrópsico se realice sin perder excesivamente tiempo. Finalmente, ponen de relieve las dificultades que entraña la confección de baremos para determinar las tasas de incapacidad, lo erróneo de algunos que se han confeccionado, dando como consejo práctico que el especialista en silicosis debe tener en cuenta múltiples factores individuales en la evolución de cada caso y la distinta incidencia sobre la capacidad reactiva de cada sujeto, por lo que nunca la evaluación deberá hacerse mediante sencillas operaciones aritméticas, sino que debe abarcar cuantos extremos se condensan en un amplio informe médico-legal.

Obra interesante, aborda bajo prismas originales infinidad de cuestiones relacionadas con la silicosis, a través de una experiencia de cerca de dos mil casos, estudiados con todos los procedimientos actuales, y expuestos a lo largo de 207 páginas, iluminadas con infinidad de figuras y gráficas, compendiadas en siete capítulos. Una extensa bibliografía, que comprende hasta ciento setenta y tres citas modernas, y unos magistrales índices de materias tratadas y relación alfabética de autores, dan remate al libro, lujosamente impreso en papel couché, con la pulcritud que caracteriza a la editorial parisina Masson y Compañía.—LUIS DEL CAMPO.

LES TUBERCULINIQUES ET LEUR TRAITEMENT HOMEOPATHIQUE, *por* LEON VANNIER. *Un vol. (13'5 por 18 cm.) de 456 páginas; rústica. Precio: 2.000 francos. Segunda edición. Gaston Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeon. Paris. VI. 1959.*

EL estado tuberculínico es punto de vista aceptable, así como que cualquiera que pudo ser la localización tuberculosa, a distancia y por medio de las toxinas, ocasiona alteraciones orgánicas de adelgazamiento o diversos trastornos funcionales que, a pesar de multitud de análisis, no se podrá identificar como tal la infección tuberculosa clínicamente curada.

Las mismas toxinas tuberculosas diluidas han sido un mecanismo de curación y tratamiento, al igual que se hace con los remedios homeopáticos.

Esta medicina milenaria de la homeopatía tiene sus partidarios en todo el mundo. Es preciso conocer el temperamento del individuo y las herencias, y con el tratamiento atenuar los efectos de las herencias, prever las enfermedades, equilibrando el ser humano sometido a nuestros cuidados.

Si las nueve décimas partes de la humanidad están infectadas de tuberculosis y la extensión de la enfermedad es tan extraordinaria, no cabe duda que a través de los siglos la infección tuberculosa o la enfermedad misma crearon huellas definitivas en el ser humano.

Es preciso conocer, no al tuberculoso, que no trata la homeopatía, sino al tuberculínico que acude a la consulta del homeopata. El ultravirus tuberculoso se encuentra en la sangre del 90 por ciento de los recién nacidos de madre tuberculosa. Recuérdese la ciclogenia bacilar y que de la vida y forma del bacilo, la conocida es sólo un eslabón de las formas ciclogénicas suyas.

No sólo en el hombre, sino en los animales, se conocen los contagios masivos, en los establos contaminados. Hay una predisposición hereditaria, tanto humana como en los animales. Hering, homeopata americano, en 1838, antes de Koch, decía que él pondría a luchar la tisis contra la tisis. Swann, en 1879, ya hacía tuberculinoterapia con la 70 dilución de su «tuberculinum».

La tuberculosis aviar es desconocida entre las especies salvajes y sólo presente en las aves que viven cerca de las vacas o del hombre.

Si en un tuberculoso una dosis mínima de tuberculina produce transtornos, tal no sucede en el tuberculínico si se asocia a otros tratamientos homeopáticos, y toda la gama homeopática la expone el autor extensamente en este interesante libro que enseña nuestro arte de curar bajo un estilo para nosotros desconocido.

Si el médico sabe conocer un predispuesto a la tisis y lo sabe inmunizar, el predispuesto no enfermará. Una persona es específicamente predispuesta a la tuberculosis porque contiene toxinas tuberculínicas; porque es tuberculínico dice el autor. En este libro nos presenta propiamente los tuberculínicos y los remedios para tratarlos y prevenir que enfermen.

El tuberculínico precede al tuberculoso. Es misión del homeopata ayudar al organismo a eliminar las citadas toxinas preparantes y a liberarlo de sus venenos. Hay un tuberculoso curado y el tuberculínico puro.

Emplea la isoterapia más la homeopatía o cura de drenaje apropiada.

Expone los remedios de fondo, los de drenaje, los remedios agudos y los isoterápicos. Un conjunto de historias clínicas ayudan a comprender la pauta de tratamiento homeopático.

En fin, un libro interesante, tan interesante como es la homeopatía, que en un congreso español homeopático que presidió el profesor Marañón, hizo de tal medio de curar interesantísimas observaciones que por entonces leímos atentamente. El libro viene editado por la editorial Doin; es muy amena su lectura y las opiniones emitidas dignas de muy atenta consideración.—J. SAMITIER.

RÖNTGENOLOGÍA DEL APARATO DIGESTIVO, *por el profesor* JACOB BUCKSTEIN. *Dos volúmenes (17'5 por 26 cm.), con un total de 1.136 páginas, con 1.534 ilustraciones en 897 figuras; encuadernado en tela. Editorial Labor, S. A. Barcelona - Madrid. 1959.*

LA Editorial Labor, que cuenta en su catálogo con obras de diagnóstico tan importantes y valiosas como el «Diagnóstico diferencial röntgenológico», de Teschendorf; la «Röntgenología», de Köhler y Zimmer; el «Diagnóstico radiológico», de Assmann, y la «Traumatología en röntgenógramas», del profesor Ehalt, ha publicado un libro más sobre el asunto: la obra que comentamos sobre radiodiagnóstico de las digestopatías, y que por adelantado hemos de calificar de excelente, si no insuperable.

En el primer tomo, después de una introducción donde principalmente se hace la historia de este valioso método de exámenes clínicos, y en cuyas páginas se recogen datos tan interesantes como las comunicaciones fundamentales de Guillermo Conrado Röntgen en los «Anales de la Sociedad de física mé-

dica», de Wurzburgo, y la de Cannon, sobre el «Empleo de los rayos Röntgen en la exploración del aparato digestivo», se exponen las exploraciones por rayos X del esófago, hipofaringe, estómago y duodeno.

Como algo nuevo, original y elogiable hemos de mencionar la exploración radiológica de la hipofaringe, que no es corriente ver expuesta en los demás libros que conocemos; consideramos este capítulo muy interesante, y a través de su lectura nos damos cuenta de su utilidad clínica.

El estudio del esófago es muy completo, y lo creemos exhaustivo; baste consignar que tiene una extensión de 140 páginas, con 94 radiografías, muy demostrativas. Dentro de sus aciertos incluimos la descripción de las alteraciones esofágicas en la esclerodermia y en las colagenosis.

En los diferentes capítulos dedicados a la exploración del estómago, destaca, a nuestro juicio, la sinceridad al señalar lo falaz del diagnóstico radiológico de ciertas formas de gastritis y las divergencias entre los resultados de los exámenes radiológicos y gastroscópicos a este respecto. Y ello tiene que ser así, pues estas divergencias vienen a confirmar, una vez más, que el aspecto macroscópico de la mucosa gástrica, las más de las veces significa, no una lesión fija y perenne, sino un simple transtorno funcional y aun fisiológico.

Son muy interesantes los capítulos dedicados a los aspectos radiológicos observados después de hematemesis y de perforaciones gástricas. Todas las modificaciones de la imagen normal observables en las diferentes enfermedades, vienen valoradas por la exposición de numerosos casos clínicos (controlados por la operación quirúrgica o por los resultados de la autopsia). Esta profusión de casos, si bien son muy ilustrativos, quizá vayan en merma de la exposición sistematizada que debe ser la norma de estas obras de diagnóstico.

Aunque la excelente obra que comentamos no es técnica, sin embargo, al comienzo de cada capítulo el autor expone los procedimientos técnicos más adecuados y convenientes para realizar la exploración de cada órgano digestivo, y antepone una detallada descripción de los röntgenogramas normales.

El segundo tomo comprende las exploraciones radiológicass del intestino delgado, del colon, hernia y eventración diafragmáticas. Vesícula biliar y vías biliares, bazo, hígado y páncreas.

Hemos de elogiar la parte dedicada a la morfología radiológica normal del intestino delgado y del colon, así como los recuerdos fisiológicos que el autor expone con toda precisión y detalle. A cada alteración morfológica o fisiológica, propia de las diferentes enfermedades intestinales se le ha asignado un capítulo, y nos satisfacen mucho los dedicados a la ptosis por su ponderada interpretación; a los tumores del intestino delgado (con mucha casuística personal) y del colon; este último muy completo y profusamente ilustrado. Son interesantes y además escasamente tratados en otras obras, las exposiciones que hace el autor sobre las imágenes del intestino después de resecciones parciales, y de las diferentes formas del colon alterado por lesiones extracolónicas.

Muy completo el capítulo dedicado a la exploración de la vesícula biliar y vías biliares, tanto en diagnóstico de las colecistopatías, como en las otras alteraciones congénitas y adquiridas de las vías biliares. En la exploración por colangiografía el autor describe una técnica propia de *colangiografía en serie* que estimamos muy interesante y que proporciona valiosos datos.

Los últimos capítulos están dedicados a las exploraciones röntgenológicas del bazo, del hígado y del páncreas. El autor expone para cada uno de estos órganos lo que puede conseguirse con la exploración directa; es decir, de la transparencia, posiciones, imágenes calcificadas, quistes, tumores visibles, y de las modificaciones en la forma, posición, desviaciones, etc., que lesiones de otros órganos imponen a aquéllos. Todo ello bien detallado y enriquecido con casos clínicos muy interesantes. Después detalla los resultados que se obtienen empleando el neumoperitoneo y el Thorotrast, presentando algunas imágenes radiológicas obtenidas con estas técnicas.

Por último se hace alusión a la venografía de la porta «como procedimiento que puede ser útil para el examen de los trastornos funcionales y orgánicos del hígado», incluyendo una radiografía de venograma de la porta.

De este moderno proceder exploratorio nada más que lo consignado dice el autor, y con ello queda señalado el único defecto imputable a tan excelente obra: la esplenoportografía es una exploración radiológica ya de uso corriente e incluso han sido publicadas varias obras especialmente dedicadas a ella.

Estamos ante una publicación de diagnóstico radiológico de las digestopatías que sólo elogios merece y que salvo algún pequeño lunar, como el señalado, puede considerársele como magistral.

La presentación editorial es excelente y la parte gráfica numerosa, como en pocos tratados de esta índole. Correcta la traducción, realizada por el doctor Curieses del Agua. Nuestra felicitación a la casa Editorial Labor y a los médicos españoles que pueden enriquecer sus conocimientos con tan completa obra.—E. ECHEVERRÍA.

LES MYOCARDITES AIGUËS PRIMITIVES DE L'ENFANT ET LES VIRUS COXSACKIE, *por el doctor* BERNARD GRENIER. *Un vol. (16'5 por 25 cm.) de 148 páginas; rústica. Precio: 1.200 francos. Masson et Cie., Editeurs. 120, Boulevard Saint Germain. París. VI. 1959.*

Uno de los puntos más oscuros de Pediatría lo constituye el estudio etiológico de aquellas miocarditis que aparecen en enfermitos con o sin proceso infeccioso concomitante y que nos sorprenden con una cardiomegalia de pronóstico casi siempre fatal.

Los capítulos recientes de la parapoliomielitis, por un lado, y de las encefalomiocarditis por el otro, quieren justificar este capítulo terrible de la patología infantil.

Pero todo permanece oscuro, a pesar de estas pretendidas justificaciones científicas, muchas veces más de lo que quisiéramos.

Ya en el siglo pasado nos hablaban de la llamada miocarditis intersticial, no reumática y no supurativa.

Posteriormente se establecieron las características discriminativas de esta afección, estableciéndose estos tres puntos basales:

a) La localización de las lesiones estrictamente en el miocardio, respetando en el endo y el pericardio.

b) La naturaleza inflamatoria de las lesiones.

c) La etiología oscura con ausencia de gérmenes, demostrable en las preparaciones histológicas.

El mismo Debre escribe un prefacio, por decirlo así, bastante triste, bastante pesimista, en esta monografía y recuerda cómo el año 1931 estudió un lactante de diez meses fallecido bruscamente. Sacó la consecuencia de que el desgraciado enfermito había fallecido de lo que llamó entonces «hipertrofia cardíaca esencial o primitiva».

Posteriormente, Henoch contribuyó con sus casos, a engrosar la literatura sobre este fatal proceso.

Quizá el desconocimiento de entonces de las cardiopatías congénitas, de las glucogénesis cardíaca, fibroelastosis, avitaminosis B, etc., etc., diera lugar a que confundieran con más frecuencia de lo que en realidad pudiera ser, el cuadro verdaderamente exclusivo de estas cardiomegalias primitivas o esenciales, y se haya exagerado su número en la literatura mundial de aquellos tiempos.

Pero hoy siguen persistiendo en la clínica diaria y, lo que es peor, la lucha contra los mismos no es todo lo eficaz que pudiéramos desear para un proceso de tal gravedad.

Leyendo esta monografía no podemos menos de alabar la pretendida ilusión del autor de querer aclararnos una rama tan oscura en la Pediatría.

El estudio de esta monografía se hace imprescindible para todo el que quiera conocer el estado actual de una parte tan vital de la cardiología y de su etiología viral.

Estudiar este libro es apurar el tema de las cardiomegalias y es admirarse comprobando cómo un estudioso de la cardiología infantil y de la virología supo poner al día y llevar al máximo el tema, con sus aportaciones personales, y con el sentido didáctico máximo, propio de la escuela francesa, que alcanzó en este punto la primacía en el mundo del estudio.

La editorial Masson supo darle a la obra el rango de buena impresión, papel y letra clara, con sus capítulos muy bien cuidados, como acostumbra.

Para terminar, diremos que ningún estudioso de la patología cardíaca, ni de la virología, deberá de dejar de leer y gustar de esta obra tan clara, completa y bien hecha, tanto si se dedica a la medicina infantil como si su campo de acción y actuación es la clínica del adulto.—A. MALLOU LABRADOR.

ELECTROCARDIOGRAPHIE ENDOCAVITAIRE (*Electrocardiografía endocavitaria*), *por el doctor* H. LATOUR y P. PUECH. *Un vol. (16'5 por 25 cm.) de 306 páginas, con 132 figuras; rústica. Precio: 3.500 francos. Masson et Cie., Editeurs. 120 Boulevard Saint Germain. París. VI. 1958.*

El libro viene prologado por el profesor Girauld, Jefe del Laboratorio de Cardiología de la Facultad de Medicina de Montpellier. Los autores son discípulos suyos, y ambos formados también en las modernas escuelas del profesor Lenegre, de Francia, y de Ignacio Chavez, Jefe del Servicio de Cardiología del Instituto de Cardiología, de Méjico. El estudio intrínseco de los fenómenos eléctricos por medio del registro endocavitario, ha permitido el perfecto conocimiento e interpretación de diferentes trazados hasta hoy difícilmente explicables. Son particularmente aquellos procesos que afectan al seno coronario, el flutter y la fibrilación y el síndrome de W. P. W. El libro trata la técnica del electroendocavitario y del trazado normal o patrón. El auriculograma y ventriculograma con la hipertrofia auricular y ventricular, derecha e izquierda y la combinada de ambas aurículas y ventrículos considera en las primeras páginas. El capítulo de los trastornos de la conducción abarca los bloqueos derecho e izquierdo, los bloqueos incompletos izquierdos y los llamados bloqueos ventriculares laterales y los producidos por la quinidina y la procainamida intraventricularmente. Unas páginas tratan del infarto de miocardio: anterior, posterior y la-

teral, estudiando en cada caso la despolarización y la repolarización ventricular (páginas 145-150). En los trastornos de la conducción auricular trata de los bloqueos de salida del estímulo, los bloqueos interauriculares, los focales intrauriculares, los interauriculares y los trastornos de conducción auricular y ritmos ectópicos. El capítulo de extrasistoles y taquicardia paroxística auricular y ventricular considera el origen del foco ectópico y su correspondencia eléctrica periférica, analizando los ritmos ectópicos ventriculares y los pseudo ventriculares. De la página 175 a la 206 trata del ritmo coronario-tawariano en sus dos formas pretawarianos y tawarianos y de la fusión entre la actividad sinusal y la coronario-tawariana y los ritmos interferenciales sinuso-coronario-tawarianos. Al final del libro vienen expuestos los trazados endocavitarios del flutter auricular, en sus variedades tipo común y tipo raro, haciendo una síntesis del mecanismo del flutter y la fibrilación auricular. El síndrome de W. P. W. lo estudia en el capítulo de las preexcitaciones ventriculares, en el que considera también las llamadas formas mayores y menores del citado síndrome. Tres páginas dedica a las formas infracoronarias de la preexcitación, así como la preexcitación debida al catetemismo, en sus dos formas, la latente y la exteriorizada. 133 citas bibliográficas reúnen de la materia que tratan. De los 132 esquemas y trazados que tiene el tratado, gran mayoría son estudios gráficos de registro simultáneo de derivaciones periféricas, esofágicas y endocavitarias para un perfecto entendimiento o interpretación de los registros realizados con la nueva técnica. Como quiera que la electrocardiográfica endocavitaria forma parte de la rutinaria exploración en las clínicas cardiológicas modernas, el libro que comentamos es de gran utilidad para los clínicos y uno de los más completos escrito hasta la fecha. Como es habitual en la Editorial Masson, la edición es perfectísima.—SAMITIER.

LE RISQUE OPERATOIRE EN CHIRURGIE BILIO-PANCREATIQUE, *por* YVES SALEMBIER. *Un vol. (17 por 25 cm.) de 260 páginas, con dos figuras; rústica. Precio: 2.500 francos. Masson et Cie., Editeurs. 120 Boulevard Saint Germain. París, 1959.*

TODAS las intervenciones quirúrgicas tienen su riesgo. En unas, este riesgo es previsible por las propias características de la enfermedad, en casos de afecciones de por sí graves, o por la edad avanzada o taras que presente el propio enfermo. En estos casos, el peligro es valorado antes de operar y el cirujano está ya preparado a determinadas eventualidades.

En otros casos, el riesgo, la complicación, el accidente, surgen sin pensarlo, estropeando una intervención técnicamente perfecta. Aquí, al primer sentimiento de desesperación del cirujano, sucede una revisión sistemática de la indicación, de la preparación del enfermo, de las circunstancias técnicas de la intervención y de los cuidados postoperatorios, intentando descubrir el por qué de la desgracia.

Esto es lo que hace el autor, en este libro de que tratamos, en lo referente a la cirugía biliopancreática, basándose en un estudio hecho sobre 1.000 casos observados en la Ciudad Hospitalaria de Lille.

En el primer capítulo se valoran los riesgos previsibles de toda intervención, considerando las circunstancias de terreno (edad, sexo, taras, etc.), estado de nutrición, estado del hígado, páncreas y riñón y los factores locales.

En el segundo capítulo se estudia el desarrollo normal de una intervención biliopancreática, desde la preparación del enfermo hasta los cuidados postoperatorios, pasando por los detalles, no técnicos, de la propia intervención, y recalcando en todo momento lo que se debe y no se debe hacer para prevenir o reconocer precozmente la presencia de un accidente.

Y en el tercer capítulo se pasa revista a las complicaciones más corrientemente encontradas en sus observaciones, y que se refieren desde las acaecidas en la misma intervención hasta las ocurridas durante el primer mes de operados. Son éstas, principalmente: la desnutrición, las hemorragias, el coma hepático, los vómitos, los síndromes pancreáticos agudos, la peritonitis biliar, los colapsos, etc., etc. En todos ellos, se descubre el síndrome minuciosamente y se dan consejos y normas para prevenirlo o para contrarrestarlo.

No es un libro de técnica, ni de biología del operado biliar, pero sí una obra eminentemente práctica y muy completa para preparar una intervención biliopancreática y estar prevenido contra los accidentes que puedan presentarse.—ECHEVERRÍA VICENTE.

PRATIQUE D'ELECTROPHORÈSE SUR PAPIER EN BIOLOGIE CLINIQUE (*Práctica de la electroforesis sobre papel en biología clínica*), *por* M. GIRARD, *con la colaboración de* J. DECHOSAL *y* F. ROUSSELET. *Un vol. (15'5 por 24 cm.) con 241 páginas, con 93 esquemas y curvas en negro y 114 electroferogramas en colores; rústica. Precio: 5.700 francos. Ed. G. Doin et Cie. 8, Place de l'Odeon. París. VI. 1958.*

CON su variedad sobre papel, la electroforesis ha pasado de ser un medio de investigación a constituir un precioso elemento, tanto para el diagnóstico como para el pronóstico de los más diversos cuadros morbosos. Existen numerosas y excelentes monografías, nacionales y extranjeras, sobre este tema, así como una infinidad de artículos en revistas. Los primeros, tratan de la electroforesis sobre papel, en uno o varios capítulos de la obra, dedicada, por lo general, a un estudio más amplio de las proteínas séricas, lo que redunda en perjuicio de la claridad y precisión expositiva. Los artículos exponen resultados, bien de tipo clínico o experimental, dentro de las más variadas condiciones técnicas, lo que hace difícil compararlos con los obtenidos personalmente.

Este pequeño libro pone a disposición del analista y del clínico datos fundamentales deducidos de la labor realizada en el laboratorio por el doctor Girard, así como de la experiencia clínica de sus compañeros del Hospital Laribboisière. En sus páginas se exponen los fundamentos físicos de la electroforesis sobre papel, así como la influencia que sobre los resultados obtenidos ejercen una serie de factores y las consecuencias prácticas derivadas de éstos.

Esta primera parte es muy importante, ya que la sencillez de la técnica electroforética hace que muchas veces sea realizada por personas no especializadas, e incluso una vez en manos del clínico éste no conozca hasta qué punto es exacta. Conviene, por lo tanto, que unos y otros conozcan la parte puramente científica de esta técnica para una mejor realización e interpretación.

Una segunda parte se dedica a las técnica electroforética propiamente dicha, desde la toma de los productos hasta la valoración del proteinograma obtenido.

En la tercera parte estudia los aspectos biológicos de las albúminas, globulinas, gluco y lipoproteínas.

La cuarta parte, la más extensa, se dedica a la interpretación de los resultados. Primero, en sueros y líquidos biológicos diversos de sujetos normales; después, las variaciones patológicas de las diferentes fracciones proteícas, para en los once capítulos restantes tratar del proteinograma, lipo y glucidograma en las enfermedades infecciosas, cardiovasculares, hemáticas, cancerosas, renales, hepáticas, endocrinas, del colágeno y de la piel, para terminar con un capítulo dedicado a la agammaglobulinemia.

Todo ello está escrito con agilidad, y acompañado, como va, de numerosas figuras y reproducciones en color; hacen la lectura agradable y rápida la comprensión de lo escrito.—PEG JUARRERO.

CHIRURGIE DE TOUS LES JOURS, *por el doctor* PIERRE JOURDAN. *Un vol. (15'5 por 24 cm.) de 202 páginas; rústica. Precio: 1.500 francos. Gaston Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeon. París. VI. 1959.*

EL autor de este libro lo es también de una proposición, presentada hace diez años, sobre la sutura en un plano de los tejidos del aparato digestivo. Proposición que, como él mismo dice, no es una innovación, sino una renovación. Tal proposición, fuertemente discutida, principalmente por lo que implica de ir contra la rutina, ha movido al doctor Jourdan a realizar un paseo comentado a través de la cirugía de cada día. Paseo ameno, entretenido, destilando sinceridad, escrito a vuela pluma, con sencillez, sin referencias, sin consultar libros ni revistas.

Ha sido escrito este libro para los internos de cirugía, como una guía eficaz al principiante y para los ya formados, que han rebasado el período de aprendizaje, tengan un pretexto para revisar su técnica y sus costumbres quirúrgicas. Y a fe que llena cumplidamente ambos propósitos.

Otra particularidad ofrece este paseo a través de la cirugía de todos los días (apendicitis, hernias, vesículas, estómago, etc.); que es una exposición sobre cirugía sin imágenes. El autor considera que sólo la palabra puede dar con detalle la complejidad de una intervención. Y que el dibujo monopoliza la atención y no añade nada. A lo cual añadimos nosotros que así es cuando el autor describe y expone como lo hace el doctor Jourdan.

La esperanza de que un libro sea leído verdaderamente, no recorridas sus páginas por el lector, queda colmada plenamente. Al menos yo puedo asegurar que no lo he dejado hasta darle fin. Y que he pasado un rato muy entretenido al hacerlo.—SERAL.

L'OBÉSITÉ. PATHOGÉNIE, ÈTIOLOGIE. TRAITEMENT NOUVEAU, *por el doctor* GUSTAVO A. DE HESTES. *Un vol. (22 por 13'5 cm.) de 126 páginas; rústica. G. Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeon. París, 1955.*

JUSTIFICA el autor el presente libro citando cifras estadísticas que ponen de manifiesto una mayor mortalidad, mejor dicho, una menor duración de la vida comprobada entre los obesos.

Por su parte, añade que tratada correcta y precozmente, la mayor parte de las obesidades son curables.

En tres partes divide su contenido; en la primera estudia las necesidades energéticas del adulto normal haciendo un compendiado

estudio bioquímico de los hidratos de carbono, grasas y proteínas, morfología de la obesidad, etiología, síntomas y patogenia; sus complicaciones, diabetes, trastornos cardiovasculares, complicaciones renales, hepáticas y otras.

La segunda parte la dedica al tratamiento fundamentado en la higiene, regímenes dietéticos, fisioterapia (ejercicios musculares, gimnasia, sports, masaje, hidroterapia, curas hidrominerales y cura climática), tratamientos endocrinos (tiroides), quimioterápico, modificadores del apetito, haciendo notar los resultados que se han obtenido en algunas obesidades con síndromes neurológicos (alteraciones diencefálicas) al ser tratados con encefalografía gaseosa.

La tercera parte es de contribución personal, dedicada a su tratamiento dietético, con modelos de regímenes clasificados por sus calorías. Así, presenta siete regímenes de 1.000 calorías, siete de 1.200 y siete de 1.500; al final una abundante (15 páginas) bibliografía.

Es un agradable libro, de evidente utilidad, en el que, sobre todo, da resuelto el problema alimenticio de los distintos tipos de obesidad y atinadas observaciones sobre su medicación.

Su presentación, esmerada, como es tradicional en su editor.—M. VICENTE CARCELLER.

LES VITAMINES, *por el doctor* RAUL LECOQ. *Un vol. (15'5 por 24'5 cm.) de 346 páginas, con dos figuras y varios cuadros; rústica. Precio: 4.600 francos. 8, Place de l'Odeon. París, 1959.*

AUNQUE ha sido mucha la literatura dedicada a las vitaminas en estos últimos años se hacía necesaria la publicación de una monografía que recogiera, sedimentándola y aclarándola, la gran experiencia que hoy se tiene de las vitaminas, tanto en el orden fisiológico como farmacológico.

El autor, que ha dedicado numerosos años a estas cuestiones, hasta el punto de que puede ser considerado como una de las autoridades mundiales en la materia, ha reunido en un libro no demasiado extenso aquellos conocimientos que son imprescindibles para centrar la cuestión, estudiando de manera detallada las propiedades, acciones fisiológicas, síntomas de carencia y utilización farmacológica de todas las vitaminas, bien entendido que la denominación de vitamina se aplica en su exacto sentido de «sustancias necesarias para el organismo animal en pequeñas cantidades, que éste debe adquirir del medio exterior, y cuya carencia o insuficiente aporte da lugar a la aparición de síntomas y cuadros clínicos característicos».

En la parte general, al estudiar el modo de acción de las vitaminas, señala el autor la intervención de éstas en los procesos metabólicos y en el estado de equilibrio ácido básico del organismo, hasta el punto de que establece una separación de las vitaminas en dos grupos, según tiendan a producir alcalosis o acidosis. Analiza también la influencia que ejercen sobre la excitabilidad muscular, señalando que la cronaximetría es el método exacto y precoz para despistar las carencias incipientes de determinadas vitaminas.

Considera las vitaminas englobadas en sistemas enzimáticos y hormonales, con lo que sus actividades metabólicas se comprenden claramente.

En la segunda parte, que podemos considerar descriptiva o especial, estudia de manera completa las propiedades y significación clínica y terapéutica de cada una de las vitaminas. Por último, dedica un capítulo a la cronaximetría, técnica delicada, pero de gran utilidad en el estudio de las avitaminosis.

El libro, claramente escrito, como casi podemos decir que es norma en los autores franceses, se lee con facilidad y agrado, resultando de gran utilidad para el clínico, que ve enfocar de manera práctica y rigurosamente científica las cuestiones relativas a las vitaminas.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 402 - TOMO LXVIII
SEPTIEMBRE 1959

REVISTAS

NACIONALES

MEDICINA INTERNA

RÍOS MOZO, M. (Sevilla. — «LAS PRUEBAS DE FUNCIÓN DEL SISTEMA DIENCÉFALO-HIPOFISARIO.» *«Hispalis Médica», núm. 181, páginas 293-310, julio 1959. Sevilla.*

SE hace un estudio crítico de alguna de las pruebas recomendadas para estudiar la función diencefálica. Para ello se emplea la técnica del reflejo óptico-vegetativo, del test de la adrenalina (con curva de glucemia y leucocitos), del test de la insula (con curva de glucemia) y del electroencefalograma; en enfermos con padecimientos endocrinos, presumiblemente con alteración del sistema diencéfalo-hipofisario. También se hace alguna de estas pruebas en normales.

En algunos casos se obtienen datos positivos: mayor elevación de la glucemia por la luz en los diabéticos: curvas de hiperregulación glucémica por la adrenalina en dos enfermos de Cushing y en una acromegalia; electroencefalogramas con tendencia marcada a la falta de sincronismo, y en algunas ocasiones con ritmos patológicos theta, en varias endocrinopatías.

Se concluye que mientras no tengamos pruebas documentales más exactas, sólo se puede comunicar la positividad de estas pruebas, pero sin poderlas valorizar en relación con la alteración patofuncional que se investiga; haciendo hincapié en la salvedad de los muchos factores extradiencefálicos, que pueden modificar sus resultados.—AUTORRESUMEN.

DÍAZ RUBIO, M. (Sevilla). — «HEPATITIS AGUDA POR VIRUS Y SUS TIPOS EVOLUTIVOS.» *«Hispalis Médica», número 180, páginas 239-262, junio 1959. Sevilla.*

EL cuadro clínico de ésta y de las hepatitis crónicas es multiforme, pero caracterizándose siempre por su evolución por brotes y por la influencia exagerada que sobre cada síntoma tienen las emergencias más diversas, ante todo las infecciones, el ingreso de alcohol, el esfuerzo y las transgresiones dietéticas.

Los síntomas más corrientes, expresados en orden de frecuencia, son: astenia, diarreas intermitentes, síndrome psíquico, molestias epigástricas, dolor hepático, náuseas, mareos, edemas, adelgazamiento, anorexia, vómitos, urticaria, dolor articular y somnolencia.

En un intento de ordenación de los diversos cuadros que pueden aparecer tras la H. I. A. V., dentro de los llamados síndromes posthepáticos, podríamos hacer la siguiente: 1) Hepatitis crónicas activa, con icterus, caracterizada por existir síntomas clínicos, signos físicos positivos de exploración y trastornos funcionales denunciados por el laboratorio. 2) Hepatitis crónica activa, sin icterus, con síntomas subjetivos, datos positivos de laboratorio, con o sin signos físicos y sin icterus. 3) Hepatitis crónica activa, sin icterus, pero con intensa esplenomegalia, con mínimos síntomas subjetivos, conducta variable de los datos de exploración funcional, pero con fenómenos manifiestos de inhibición medular. 4) Síndrome poshepatítico traducido por síndrome enteropancreático, acompañado o no de leves trastornos de la función hepática, denunciados por el laboratorio, y en que la biopsia hepática demuestra carencia de actividad. 5) Síndrome posthepatítico, expresado por manifestaciones psiconeuróticas y astenia, acompañado o no de otros síntomas, sin signos físicos demostrables, con positividad parcial de los tests de función hepática, o negatividad de éstos, y en los que la biopsia hepática da sólo datos de lesión residual inactiva o es normal. 6) Síndrome posthepatítico traducido por subicterus, con leve hipercolemia de reacción directa o indirecta, en el que no existen otros síntomas subjetivos, y ausente de síntomas físicos, con datos de laboratorio negativos de la función hepática y datos de biopsia hepática carentes de actividad. 7) Síndrome posthepático traducido por colecistopatía, con datos de biopsia hepática análogos al anterior y conducta variable de los tests de función hepática. 8) Sín-

drome posthepático traducido por esplenomegalia, con o sin fenómenos de inhibición medular, en el que los datos de función del hígado y la biopsia hepática muestra un resultado similar al del apartado anterior. 9) Síndrome posthepatítico expresado por icterus hemolítico adquirido, con leves o nulos trastornos de los tests de función hepática y con lesiones residuales en la histología del hígado, pero acompañados, por lo general, de acusada esplenomegalia. 10) Estado posthepatítico subclínico, traducido sólo por la persistencia en la anormalidad de los tests de función hepática y con lesiones generalmente residuales.

En la mayoría de tales casos el diagnóstico hace su orientación basado, ante todo, en el antecedente de la H. I. A. V., de forma manifiesta. No obstante, es preciso recordar aquí cómo tales cuadros pueden surgir tras un cuadro agudo anictérico, lo que dificulta su interpretación. Para tales casos todo impresiona, aunque no sea así, como si el cuadro se hubiese ido haciendo de forma primitivamente crónica. El interés de su conocimiento no dimana sólo de la posibilidad de interpretar un buen número de pacientes, sino de sus posibilidades de evolución a otros cuadros más graves, merced a interferencias o adición de muy diversas agresiones.—AUTORRESUMEN.

MEDICINA LEGAL

PÉREZ DE PETINTO (Madrid). — «EL INFORME MÉDICO-FORENSE. LESIONES Y MOTIVO DE PRODUCCIÓN.» «*Revista Policía*», *páginas 23-38 y 3-37. Madrid, 1959.*

CONSTITUYE el presente trabajo la conferencia que leyó el ilustre pediatra y profesor, Jefe de Sección de la Escuela de Medicina Legal, doctor P. de Petinto, el 11 de mayo de 1958, en el cursillo que sobre «Accidentes de circulación» patrocinó el Excelentísimo Ayuntamiento de la capital de España. Versa específicamente sobre los producidos por automovilismo, y el autor va glosando su numerosa casuística con las estadísticas y experiencias publicadas en los distintos países, escuelas y por los traumatólogos que más se distinguieron en tales temas.

Haciendo gala de erudición, de dominio de tales materias, con citas bibliográficas en diversos idiomas, reseña la frecuencia de los accidentes y sus aspectos jurídicos, a través de la letra de nuestros Códigos, sentencias del Tribunal Supremo y legislación pertinente. Destaca la enorme transcendencia del examen del lugar donde ocurrieron los hechos del accidente y reconstitución de sus fases y circunstancias, juntamente con la inspección del vehículo o vehículos causantes de lesiones y las víctimas si las hubiere, subdividiendo a este respecto los casos según el óbito fuera inmediato o tardío, la determinación de causa a efecto y sus posibles complicaciones (pneumonía traumática e hipostática, tétanos, embolias). Desarrolla la metódica forense sobre si se trata de un accidente o suicidio, simulación o huída, accidente o agresión, pormenorizando y desmenuzando cualquiera de estos apartados al máximun, aleccionado y aclarando, como la totalidad de sus temas, con números y gráficos ejemplos. Estudia la tipología lesional de estos accidentes, teniendo en cuenta su orden de frecuencia y según se trate de viandantes, conductores y viajeros, realizando un análisis exhaustivo de cada caso y aún ateniéndose a las peculiaridades intrínsecas al vehículo y extrínsecas (carga, velocidad, etc.). Discrimina sobre las causas humanas de los accidentes por automóvil, señalando como circunstancia fundamental, faltas al Código de Circulación, imprudencias o defectos psicofísicos en el peatón, en el conductor y enjuiciando el papel del alcoholismo en ambos. La parte final de su trabajo es una brillante exposición sobre la profilaxis de los accidentes por vehículos de tracción mecánica y un canto a lo que tales medios de locomoción representan en los tiempos actuales, de progreso y desenvolvimiento social.

Trabajo admirable el presente, es mucho más digno de ser leído y estudiado que enjuiciarlo. Desde la primera a la última línea constituye un aporte definitivo a tales cuestiones de actualidad primerísima, causas de lesiones y de muertes sin cuento, incluso en algunos países como la fundamental o más extendida causa de mortalidad. Su autor nos asombra con sus conocimientos y todo su texto presenta el marchamo del maestro pleno, que alcanzó las cimas de la madurez, que sabe hermanar a la perfección el decir y el bien exponer, que goza del raro privilegio de convertir las cuestiones arduas en sencillas, las tareas ásperas en gratas, las enseñanzas engorrosas en flúidos deleites. En una palabra, posee el doctor P. de Petinto algo incalificable, más bien de orden médico, que nos subyuga, que fascina al lector o a quien le escuche y cuando la natural fatiga parece ha de vencer por la exhuberante prosa y citas técnicas al que lee o escucha, injerta el autor en su texto o en su dicción algo anecdótico que vivifica el interés y origina nuevas sensaciones estimulantes sobre la atención; así, por sólo citar algún detalle y vuelo de pluma, nos recuerda, en tema forensil, como el presente, sus años de estudiante y hasta la muerte de Manolete.

Sin duda el autor tiene que ser hombre feliz, pues toda su prosa revela sentimientos elevados, altruistas, de bondad y misericordia, sin notas agrias o de censura, siempre con recuerdos placenteros y cordiales, quizá quilates del hombre superior. Por todo ello sólo nos resta estimularle a continuar laborando en pro de la Medicina y de la Patria, aplaudirle y rendirle pleitesía. — LUIS DEL CAMPO.

APARATO CIRCULATORIO

FLOREY, H. — «IMPRESIONES SOBRE ATEROESCLEROSIS.» «*Rev. Clin. Esp.*», *73, 1, 1, 1959. Madrid.*

SE trata del texto de una conferencia dada en Madrid, en la que el autor hace una serie de comentarios sobre la frecuencia, la etiología y la anatomía patológica de la ateroesclerosis. Señala el gran auge que han tenido últimamente los estudios de carácter dietético, la investigación de las lipoproteínas plasmáticas como índice de la alteración metabólica que condicionaría los depósitos lipoideos en la pared arterial, y el papel que desempeña la heparina en la evitación de estas alteraciones. Cree, sin embargo, que no todo está resuelto, pues por las características de la enfermedad sería necesario un control riguroso durante varios años para poder deducir conclusiones sobre la eficacia de determinados regímenes o terapéuticas.

Señala asimismo las investigaciones llevadas a cabo por él acerca de la evolución de lesiones experimentales en el endotelio de la aorta de conejos, estudiando la anatomía patológica y comprobando que una característica de este tipo de lesiones artificiales es la aparición de células gigantes en la cicatriz endotelial, que tarda bastantes días, en algunos casos más de un año, a desaparecer completamente. La existencia de este tipo de células gigantes ha sido descrita también en los ateromas humanos, y de ahí la posibilidad que se limita a señalar de que pueda darse espontáneamente una lesión endotelial de este tipo sobre la que secundariamente se produzca el acúmulo de células gigantes y el consiguiente depósito lipoideo. Trabajo éste que se encuentra en vías de realización, por lo que las conclusiones deducidas no tienen valor definitivo todavía y sólo sirven de orientación.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

AZNAR REIG, A.; LÓPEZ, A., y LÓPEZ SÁNCHEZ, -J. (Cádiz). — «EDEMA ANGIONEURÓTICO DE QUINCKE FAMILIAR.» «*Medicina*», *números 5-6, páginas 191-213, mayo-junio 1959. Madrid.*

REFIERE el caso de una familia compuesta de sesenta miembros, estudiados a través de cinco generaciones, entre los cuales existen seis casos de edema angioneurótico de Quincke (tres varones y tres mujeres), haciendo consideraciones al respecto.—AUTORRESUMEN.

ANATOMÍA

RUIZ SÁNCHEZ, A.; PÉREZ BAENA, R., y JIMÉNEZ CASTELLANOS, J. (Sevilla)— «VALORACIÓN MÉTRICA DE EXOCRÁNEO HUMANO EN LA ESTEREOTAXIS CEREBRAL.» «*Hispalis Médica*», *número 180, páginas 265-271, junio 1959. Sevilla.*

SE ha llevado a cabo un estudio comparativo craneal y exocraneal de las medidas cefálicas de interés estereotáxico, en un total de 36 cabezas.

En las 190 mediciones practicadas, sólo una cuarta parte de resultados ofrecen carácter de absoluta constancia. En este sentido destaca la invariabilidad del punto metópico, fundamentada en la mayor constancia de la curva y el eje naso-inico, que junto con la curva auditivo-metópica vienen a constituir los elementos medidos que ofrecen unos resultados más constantes.

La envoltura cutánea proporciona una variabilidad al eje biauditivo que no se presentaba en el cráneo al desnudo.

Se concreta numéricamente el ostensible incremento que a la variabilidad craneométrica estereotáxica aportan las estructuras exocraneales.

Las diferencias entre cada medida craneal y su correspondiente exocraneal era, como mínimo, de 0'5 centímetros, a favor de esta última, motivado por el grosor de las partes blandas.—AUTORRESUMEN.

APARATO DIGESTIVO

BAGUENA CANDELA, R., y FORTEZA BOVER, G. (Valencia).—«LA ELECTROFORESIS EN PAPEL DE LAS PROTEÍNAS LIPOPROTEÍNAS Y GLICOPROTEÍNAS EN LAS HEPATOPATÍAS. HEPATOPATÍAS ICTÉRICAS.» «*Rev. Clin. Esp.*», *73, 1, 21, 1959. Madrid.*

EN la primera parte de este trabajo los autores han estudiado el significado de la electroforesis sobre papel en las hepatopatías de tipo cirrótico, y en esta publicación recogen su experiencia en diversos tipos de hepatopatías que cursan con un común denominador: la ictérica.

Las técnicas de tinción de prótidos, lípidos y glúcidos, así como las generales del estudio electroforético, son las señaladas en el trabajo anterior, y aquí se limitan a estudiar los resultados obtenidos en esta serie de enfermos, resultados que coinciden en gran parte con los descritos en la literatura, con los que comparan los suyos.

En la hepatitis, el proteinograma y lipidograma tienen un gran valor, no sólo diagnóstico, sino pronóstico, al permitir seguir la evolución de la enfermedad y despistar precozmente la tendencia a la cirrosis. Los signos típicos de hepatitis en el proteinograma son la normalidad o, a veces, aumento de las proteínas totales, el aumento de beta y gamma globulinas, con gran descenso de albúminas y de alfa, y por parte del lipidograma el descenso de la albúmina-alfa lipoproteína, con aumento de beta lipoproteína, aumento del cociente beta/alfa, etc.

Las modificaciones del glicidograma son menos homogéneas y creemos que su valor es mucho menos.

En las ictericias obstructivas, suele haber un aumento de las globulinas alfa, que si es muy elevado, superior al 15 por ciento, hace sospechar que se trata de una obstrucción de tipo neoplásico.

En una ictericia obstructiva por hidatidosis hepática, las alteraciones fueron mínimas y de poco valor, como indicio de la poca repercusión de accidente sobre parénquima hepático.

Todos los casos fueron diagnosticados mediante el estudio clínico, confirmándose mediante punción biopsia o eventual laparatomía en los casos dudosos.

Como señalan los autores, es indiscutible el gran valor diagnóstico que el estudio de las proteínas plasmáticas con todos sus componentes tiene para el diagnóstico de las hepatopatías. Es más, creemos que basta con el proteinograma y lipidograma para poder sentar el diagnóstico en la mayoría de los casos, pues el glicograma es más engorroso de realizar, su interpretación es menos segura y sus alteraciones no están tan bien sistematizadas como las de los otros trazados.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

FARMACOLOGIA

BERMUDO FERNÁNDEZ, L. (Sevilla). — «RESUMEN FARMACOLÓGICO Y TERAPÉUTICO DE LA CLOROTIAZIDA.» *«Hispalis Médica», número 179, páginas 207-202, mayo 1959. Sevilla.*

EN general, la clorotiazida es eficaz en todos los casos de edemas, lo que parece confirmar la hipótesis de que la retención de líquido en la cirrosis, nefrosis y cardiopatías se deben a mecanismos similares de retención excesiva de agua y sodio.

Deben administrarse de 250 mlgrs. a 750 e incluso a 1.500 diarios. Se harán ciclos de cuatro a ocho días consecutivos, con descanso de dos o tres, pues es la mejor manera de evitar algo de habituación, que, según Hernando, se puede producir.

Los autores ponen en guardia sobre la importancia de un efecto secundario de la clorotiazida, la hipocliemia. Existe también el peligro de potencializar la actividad tóxica de la digital sobre el corazón. Pueden producirse lesiones renales como consecuencia de una baja en la cantidad sanguínea de potasio si se administra durante bastante tiempo. Por lo tanto, en tratamientos prolongados debe administrarse cloruro potásico, obviándose estos inconvenientes.

El empleo de este fármaco no dispensa a los enfermos del régimen de sal.

Por último, con la clorotiazida se obtienen buenos efectos en la epilepsia, en la obesidad y en los edemas provocados por medicamentos, sobre todo a raíz de la administración de ACTH y cortisona.

Resumiendo en pocas palabras los efectos más importantes de clorotiazida son:

Ser un diurético no mercurial eficaz por vía oral.

Tener gran actividad excretora de cloruro y sodio.

Ser bastante menor la excreción de potasio.

Ser pequeña la de bicarbonato.

Por su escasa toxicidad es bien tolerado.

Rapidez de su efecto, que se produce antes de las dos horas.

Ser activo, tanto en el metabolismo alcalósico como en el acidósico.

Resumir los efectos de los diuréticos mercuriales y de los inhíbridos de anhidrasa carbónica.—AUTORRESUMEN.

ESPLUGUES REQUENA, J.; CASTILLO, E., y BRUGGER, A. (Valencia). — «ALGUNOS ASPECTOS SOBRE LA ADMINISTRACIÓN SIMULTÁNEA DE LARGACTIL Y EFORTIL.» *«Medicina Española», t. XLI, número 243, páginas 495, junio 1959. Valencia.*

EL Largactil con efectos hipotensores marcados, tiene —cuando se dan dosis pequeñas (hasta 3'85 gammas por Kg./peso— la particularidad de potenciar las dosis terapéuticas del efortil.

A dosis discretas (hasta 15 gammas por Kg./peso) impide que se agote el efecto del efortil.

A dosis grandes (que van desde las 15 gammas hasta las terapéuticas) anula, pero no invierte el efecto del efortil. Esta anulación va desde la discreta disminución del efecto hasta su casi total desaparición.

A su vez el efortil influencia el efecto hipotensor del largactil, haciéndolo discretamente menor.

Cuando se dan conjuntamente dosis de largactil y de efortil, predomina el efecto del compuesto que está a mayor concentración.

Por todo ello creemos que dependiendo de la dosis de ambos, existe una potencialización del efecto de efortil, que se transforma —cuando elevamos la dosis— en antagonismo, posiblemente competitivo, de la acción presora de ambos fármacos, lo que se traduce por la posibilidad de anular el efecto hipotensor de la cloropromacina cuando damos dosis adecuadas de etiladrianol. Con ello logramos evitar el efecto desagradable del largactil, sin menguar por ello la acción primordial de la misma.—AUTORRESUMEN.

OFTALMOLOGÍA

AZNAR REIG, A., y LÓPEZ SÁNCHEZ, A. (Cádiz). — «SECUELAS ÓPTICAS EN LA MENINGITIS TUBERCULOSA.» *«Medicina», número 4, páginas 145-155, abril 1959. Madrid.*

LA supervivencia de las meningitis tuberculosas da lugar actualmente a la aparición de secuelas neurológicas, entre otras, las que conducen a la disminución de la visión e incluso a la ceguera; nos ha llamado la atención su frecuencia, ya que hemos podido recoger en corto espacio de tiempo cuatro casos, cuyas historias se resumen; se trataba de una hemianopsia homónima izquierda por probable aracnoiditis quística supraquiasmática del hemisferio derecho, y tres atrofias postneuríticas bilaterales de la papila. Estas lesiones se explican fácilmente por la especial anatomía del nervio óptico rodeado de las meninges, bañado en líquido céfalorraquídeo y alojado en la estrecha cisterna quiasmática, y expuesto por ella a la directa transmisión de infecciones desde las meninges ópticas, o a compresiones por aumento de la presión del líquido céfalorraquídeo, o a la estrangulación por adherencias (aracnoiditis quísticas).

Se recomienda la precoz y reiterada vigilancia oftalmológica, así como desde un principio la administración de cortisona o sus derivados; y cuando las lesiones aparecen y después de una prudente espera no mejoran, o si progresan, indicar precozmente la intervención quirúrgica de liberación de adherencias, si el estado del enfermo lo permite.—AUTORRESUMEN.

PSIQUIATRÍA

SERRATE, A. (Zaragoza). —«TRASTORNOS DE CONDUCTA POSTENCEFÁLICOS Y RESERPINA.» *«Medicina Clínica», t. XXXII, número 1, páginas 2-4, enero 1959. Barcelona.*

NECESIDAD de establecer un diagnóstico exacto que permita determinar el origen de los trastornos de conducta de un niño mediante un método pluridimensional, en el que a la exploración clínica, a la anamnesis, al uso de tests psicológicos, se añada, siempre que sea posible, un examen electroencefalográfico. En los casos en que la negatividad de las exploraciones permita excluir la existencia de una lesión cerebral orgánica, resultará útil unir a la psicoterapia la administración de reserpina en dosis variables, según las edades, entre 0'5 a 1'5 miligramos, o más, durante un tiempo que puede oscilar entre cuatro y doce semanas. Cuando se encuentren lesiones cerebrales orgánicas, y más si se hallan anomalías en el trazado electroencefalográfico, la administración de reserpina deberá hacerse con gran cautela, instaurando simultáneamente un tratamiento antidisrítmico o reforzándolo si ya existía anteriormente. En alguno de estos casos no debe sorprendernos el fracaso de la reserpina, que podrá ser reemplazada con ventaja por una medicación antiepiléptica adecuada, teniendo en cuenta los datos proporcionados por el electroencefalograma.—AUTORRESUMEN.

OTORRINOLARINGOLOGÍA

GARCÍA IBÁÑEZ (Valencia). — «FENESTRACIÓN, MOVILIZACIÓN Y UN NUEVO SISTEMA AUDIOQUIRÚRGICO: LA «SONOINVERSIÓN». *(Institución Fernando el Católico, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Delegación de Barcelona, Sección de Estudios Médicos y Sociales, sesión del 29 de mayo de 1959.)*

SE revisa la evolución de la técnica y se discute la progresión de los resultados en la fenestración y en la movilización sobre una estadística de 654 fenestraciones, practicadas desde agosto de 1946, y 318 movilizaciones intervenidas desde octubre de 1955.

Se presenta un nuevo sistema audioquirúrgico personal denominado «sonoinversión», en el que, mediante la exclusión de la ventana redonda, se invierte el recorrido de la onda sonora, canalizándolo hacia la rampa timpánica del caracol.

La sonoinversión permite recuperar con facilidad casos de otorrea de difícil solución con otros sistemas conocidos.

Con su concurso ha sido elaborado un método de fenestración «cerrada», evitándose la obligada periódica vigilancia de las operaciones abiertas. Aplicado a la cirugía de la ventana oval, cuando fracasa la movilización fisiológica, permite alcanzar un mejor umbral auditivo que en las operaciones tipo Cornelli o fenestra ovalis de Rosen al cambiar la fase de la onda sonora.

Intervinieron el doctor Moraga y el doctor Tejero, que presidían la sesión.—R. MOZOTA.

ODONTOLOGÍA

G. C. HARE D. D. S. — «REIMPLANTACIÓN MÚLTIPLE DE DIENTES ANTERIORES.» *«Odontoiatría», vol. XV, núm. 175 (7), pág. 371. Madrid.*

SE limita el autor a mencionar un caso accidental, muy aleccionador, de un muchacho que, resbalando por un tobogán helado, sufrió un violento choque, del que salió perdiendo varios dientes anteriores, los cuales quedaron abandonados sobre la misma nieve.

Al hacer el historial del caso, ordenó fueran buscados los dientes y, recuperados, fueron debidamente tratados sus canales radiculares y reimplantados en sus mismos alvéolos con sujeción por medio de un férula acrílica, construída con la mayor rapidez.

A los veinte días estaba la lesión totalmente curada, pero la férula fué dejada más tiempo, siendo retirada posteriormente y quedando las piezas dentarias completamente fijas, con resultado sorprendente en cuanto se refiere a la eficacia de sus funciones.

Cuando describe este caso, lleva tres años de observación del mismo y sigue perfectamente el muchacho accidentado.—R. CITOLER.

EXTRANJERAS

MEDICINA

SAUER, W.; DEARIN, W., y FLOCK, E.— «DIAGNÓSTICO Y CLÍNICA DEL SÍNDROME DE CARCINOIDE FUNCIONANTE.» (*Diagnosis and clinical management of functioning carcinoids.*) *«J. A. M. A.», 168, 2, 139. 1958. New York.*

EL síndrome de carcinoide funcionante se conoce con más frecuencia desde que se han difundido sus signos clínicos y los procedimientos de laboratorio para identificarlo. La función tumoral, análogamente a otros tumores endocrinos, se debe a la hiperformación de serotonina.

Se ha comprobado últimamente el carácter de malignidad del carcinoide, pues produce metástasis con frecuencia, aunque su curso clínico sea lento.

El cuadro clínico es muy variado. Los autores presentan los síntomas encontrados en un grupo de catorce casos que han tenido ocasión de estudiar.

Hay sofocaciones, diarreas, mareos, episodios asmáticos, hepatomegalia, soplos de estenosis pulmonar o de insuficiencia tricúspide de carácter funcional. Lo fundamental para realizar el diagnóstico es la presencia de alguno de estos síntomas junto con la dosificación de serotonina en sangre o, lo que es más fácil, del ácido 5 hidroxi-3 indol acético en orina, que se encuentra muy aumentado en estos enfermos.

La cantidad eliminada de este último en orina, puede variar, y a veces se requiere repetir la determinación más de una vez.

Un síntoma relativamente frecuente es la existencia de crisis de obstrucción intestinal, pues el tumor asienta casi siempre en intestino (íleo y sobre todo apéndice).

El tratamiento más eficaz es la extirpación quirúrgica de la mayor cantidad posible de tejido tumoral para disminuir en lo posible la producción de serotonina. La radioterapia ha sido ineficaz, así como los tratamientos médicos con inhibidores de la serotonina. Debe hacerse en todos los casos la terapéutica sintomática adecuada a las manifestaciones.

Después de la operación, el estudio de la eliminación del ácido 5 hidroxi-3 indol acético, tiene interés para diagnosticar la aparición de las metástasis.—G. GUILLÉN.

VERCILLO, L., y CAPDELLETTI, G. A. (Pavia).—«INFLUENCIA DE ALGUNOS ANTICOAGULANTES INDIRECTOS SOBRE LA FUNCIÓN RENAL EXPLORADA CON LAS MODERNAS PRUEBAS DE ACLARAMIENTO.» (*Influenza di alcuni anticoagulanti indiretti sulla funcionalita renale espporata con le mederne prove di depuracione.*) *«Gior. Clin. Med.», 39, 7, 1016. 1958. Modena.*

LOS autores tratan de hacer un estudio de la acción que ejercen los anticoagulantes indirectos sobre la función renal previamente normal. Para ello en veinte sujetos entre diecisiete y setenta y seis años, afectos de diversos procesos, efectúan un estudio de la función renal mediante pruebas de aclaramiento determinando el filtrado glomerular, el flujo renal, la excreción tubular máxima y la fracción de filtración, comprobando su normalidad en todos los casos.

Someten a estos enfermos a tratamiento con anticoagulantes indirectos (tromexano, marcumar, coumadin o sintrom), regulando las dosis mediante las variaciones del tiempo de protrombina. Al cabo de siete a quince días de tratamiento repiten las pruebas de función renal, comprobando que no sufren ninguna modificación.

Descartan, pues, la acción tóxica de estos anticoagulantes sobre la función renal.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

WARREN, F.—«TRATAMIENTO DE LA ALERGIA A LA PENICILINA.» (*Treatment of allergyc response to penicillin.*) *«J. A. M. A.», 167, 6, 708. New York.*

EN diez enfermos tratados con penicilina, aparecieron manifestaciones alérgicas, variando entre un exantema ligero con habones, hasta una urticaria gigante con artritis.

El tratamiento con unas pastillas conteniendo 300 mg. de salicilato potásico, 300 mg. de paraaminobenzoato sódico y 50 mg. de ácido ascórbico, administradas cuatro veces al día, curaron los síntomas alérgicos completamente en un plazo de veinticuatro a cuarenta y ocho horas, en nueve de los casos.

El otro enfermo, que había tenido anteriormente una grave reacción a la penicilina, pudo ser tratado con el mismo preparado sin manifestaciones alérgicas, tomando simultáneamente la mencionada medicación.

El empleo de este tratamiento es totalmente empírico. Se desconoce su mecanismo de acción y cuál es el producto activo, por lo que se requieren posteriores estudios para aclarar esta cuestión.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

DOTTI, F., y SABIONI, G. — «HIPERESPLENISMO INHIBIDOR PANCITOPÉNICO EN LA ESPLENOMEGALIA CONGESTIVA.» (*Iperesplenismo inhibitorio pancitopenico da splenomegalia congestiva.*) *«Gior. Clin. Med. 39, 11, 1632. 1958. Modena.*

PRESENTAN los autores un caso de esplenomegalia congestiva de notable interés por la peculiaridad del cuadro hemático caracterizado por un aspecto leucémico fugaz del mielograma y una pancitopenia periférica.

Los aspectos clínicos más salientes del enfermo, un hombre de cuarenta y seis años, eran: el comienzo agudo, febril, el curso crónico sin episodios críticos, caracterizado por una esplenomegalia, marcado estado citopénico en sangre periférica y una ligera hepatomegalia. No había tumefacciones ganglionares, diatesis hemorrágica ni signos de hiperhemolisis.

Desde el punto de vista histológico, el mielograma presentaba al principio una reacción de tipo histiocitario, normalizándose posteriormente los elementos de la serie roja y blanca.

El bazo, que fué extirpado, estaba intensamente congestivo, con la medula esponjosa, rica en sangre, con dilatación notable de los senos y descamación de los elementos retículohistiocitarios.

En el hígado, estudiado por punción biopsia, estaba conservada la estructura parenquimatosa con discreta hipertrofia de las células de Kupffer y moderada infiltración parvicelular de los espacios portobiliares.

Los autores discuten el diagnóstico diferencial con la leucemia linfática atípica y con la histioleucemia esplénica que podían tomarse en consideración por algunos caracteres clínicos y hematológicos; por los datos de la esplenectomía, que aparte de su carácter congestivo ponía en evidencia una intensa reacción retículo histiocitaria, sospecharon la posible repercusión funcional de tales lesiones sobre la crasis sanguínea.

La documentada importancia del S. R. E. en la génesis del hiperesplenismo inhibitorio permite, por fin, considerar las modificaciones hematológicas como la expresión de una mieloinhibición esplenógena mantenida por la hiperplasia retículohistiocitaria.

Después de la esplenectomía el estado general y hematológico del paciente se recuperó rápidamente, aunque falleció dieciocho días después por embolia pulmonar. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

RICCI, P. D., y GROSSI, B.—«SOBRE UNA OBSERVACIÓN DE LEUCEMIA MIELOIDE EOSINÓFILA PRECEDIDA Y ACOMPAÑADA DEL SÍNDROME DE STEVENS JOHNSON.» (*Su di una osservacione di mielosi leucemica eosinofila preceduta et acompagnata de Sindrome de Stevens-Johnson.*) *«Gior. Clin. Med.», 40, 1, 47, 1959. Modena.*

LOS autores describen minuciosamente un caso que han tenido ocasión de observar del síndrome de Stevens Johnson (S. S. J.), descrito ya por Rendú en 1916 y caracterizado por una inflamación de todas las mucosas externas (conjuntivas, nasales, lingual, bucofaríngea, anal, prepucial), coexistiendo con una erupción variceliforme y luego purpuriforme de los cuatro miembros.

Todos los autores que se han ocupado de este síndrome describen la concomitancia con una marcada eosinofilia, así como la existencia de diversas lesiones viscerales (meningitis neumonía) de etiología desconocida.

El caso que presentan los autores comenzó a raíz de un brote de reumatismo poliarticular con una gran respuesta eosinófila en sangre y en medula ósea, que terminó con el

desarrollo de una leucemia eosinófila, de la que murió el enfermo.

Además de recoger minuciosamente las características de este caso, los autores especulan sobre la posible etiología y patogenia del síndrome, que por el momento se desconocen.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

PAOLO, E. DI; VANCINNI, B., y CENNACHI, C. — «LA ACTIVIDAD TRANSAMINÁSICA DEL SUERO EN LA REGENERACIÓN HEPÁTICA.» (*L'attivita transaminasica serica in corso di regenerazione epatica.*) «*Arch. Pat. Clin. Med.*», *35, 5, 342. 1958. Bolonia.*

Los autores realizan una experiencia en cincuenta y cinco ratas albinas, adultas, para establecer la relación entre la hepatectomía y los niveles séricos de las transaminasas glutámico-oxalacética (G. O.) y glutámico-pirúvica (G. P.).

Utilizaron diez ratas como control. A veinte se les extirpó 1/3 de hígado, y a otras veinte los 2/3. Por último, a cinco se les practicó una simple laparatomía. Las determinaciones de las transaminasas se hicieron a las veinticuatro horas, a los tres y a los siete días.

En todos los animales hepatectomizados hubo, a las veinticuatro horas, una gran elevación de las dos transaminasas que se mantenía todavía al tercer día.

A los siete días las ratas, a las que se extirpó 1/3 de hígado, presentaban valores altos de transaminasa, aunque con tendencia a volver a la normalidad. En cambio, en los casos de extirpación de los 2/3 los valores de transaminasas eran normales para la G. O. e inferiores a los controles para la G. P.

Creen los autores que el aumento de las transaminasas se debería, en parte, a la lesión necrótica celular y, por otra, a la sobrefunción bioquímica e histoquímica de la célula en el curso de la regeneración hepática que condiciona una mayor liberación enzimática.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

VELASCO, E.—«CASOS DE TÉTANOS TRATADOS EN EL HOSPITAL SAN LÁZARO.» «*Philippine Journal of Surgery and Surgical Specialties*», *pág. 1-3, vol. XIV, núm. 1, enero-febrero 1959. Manila.*

Dice el autor que es una afección fácilmente evitable. Relaciona las causas predisponentes y los casos asistidos por él. Dice que el número de casos de tétanos neonatorum es aún elevado en su país. Diagnóstico fácil, una vez instaurado el cuadro, pero difícil precozmente. Debe ser considerada como de pronóstico grave.

El tratamiento con antitoxina por vía venosa, previa prueba de sensibilidad del paciente. Iloticina, inicialmente en vena, seguida por la administración oral cada cuatro horas. Silmultáneamente penicilina. Sedantes y antiespasmódicos.

Prevenir las complicaciones administrando estreptomicina, líquidos y vitamina B. Prevenir las recaídas y la reinfección. Turnes ha demostrado que el tétanos enfermedad no confiere inmunidad, y el autor tiene casos de reinfección. Para prevenir ésto inyectar toxoide.

La dosis profiláctica de antitoxina debe ser de 5.000 a 10.000 U.

Finaliza citando tasas de mortalidad: 16 por ciento (Díaz R.) a 43 por ciento (Prat). J. RIVERA.

APARATO CIRCULATORIO

PAOLO, E. DI, y GALLETI, F. (Bologna).—«LA VALORACIÓN DIAGNÓSTICA Y PRONÓSTICA DEL INFARTO DE MIOCARDIO MEDIANTE LA DETERMINACIÓN DE LA PROTEÍNA C REACTIVO, DE LA FIBRINEMIA, DE LAS GLICOPROTEÍNAS SÉRICAS Y DE LA VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN.» (*La valutazione diagnostica e prognostica dell'infarto miocardco mediante la determinazione della proteina C reativa, della fibrinemia, delle glicoproteine seriche e de la velocita de eritrosedimentazione.*) «*Gior. Clin. Med.*», *39, 9, 1354. 1958. Modena.*

Con el fin de establecer una relación entre el trazado electrocardiográfico y las modificaciones humorales en el infarto de miocardio, realizan los autores un estudio de quince sujetos ateroesclerosos y en quince infartos de miocardio, investigando la velocidad de sedimentación, la fibrinemia, las glicoproteínas y la proteína C reactivo de manera seriada.

En el infarto de miocardio se aprecia una elevación de las glicoproteínas y de la proteína C reactivo, que se manifiesta precozmente, a los dos días, manteniéndose hasta unos diez días, en que comienza a descender lentamente.

Análogas modificaciones se manifiestan en la velocidad de sedimentación y fibrinemia, aunque con menor precocidad. Comparando con el electrocardiograma, las modificaciones humorales pueden ser positivas en los casos en que el electrocardiograma no presente alteración por la especial localización del territorio infartado. Por otra parte, las pruebas humorales tienden a normalizarse cuando todavía el electro no ha experimentado modificaciones de mejora.

De una manera exacta no puede establecerse una relación entre la positividad de los trastornos humorales y la cuantía de la lesión, aunque en líneas generales los mayores aumentos de la proteína C corresponden a las lesiones más extensas.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

M. WEISS, JR., Y M. WEISS, SR.—«ESTUDIO DURANTE CINCO AÑOS DE HOMBRES VUELTOS AL TRABAJO DESPUÉS DE UN INFARTO DE MIOCARDIO.» (*Five year follow up study of men who returned to work after a myocardial infarction.*) «*J. A. M. A.*», *168, 1, 17. 1958. New York.*

Los autores han hecho un estudio seguido durante cinco años de 431 hombres que reanudaron sus ocupaciones después de haber sufrido un infarto de miocardio. Había representación de todas las profesiones, pero la mayoría eran hombres de negocios, oficinistas y médicos, siendo la edad del 80 por ciento inferior a los sesenta años.

Al cabo de los cinco años, el 33 por ciento habían abandonado su trabajo. De éstos, el 67 por ciento por muerte y el resto por retiro.

El tiempo tardado a reincorporarse a su trabajo después del infarto fué muy variable, con un promedio de tres meses. Consideran los autores que no hay ningún signo físico que permita enjuiciar la oportunidad de volver a la vida normal. La mejor guía son las manifestaciones del enfermo. No se puede dar una pauta fija, pues cambia con la situación económica, psíquica y la índole de trabajo.

Ninguno de los enfermos que padeció un segundo infarto, lo atribuyó a su trabajo.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

BIANCANI, G. (Torino).—«CUADRO LIPOPROTÉICO DE LA ATEROESCLEROSIS Y HEPARINA PERLINGUAL.» (*Quadro lipoproteico della malatia ateroesclerotica edeparina perlinguale.*) «*Gior. Clin. Med.*», *39, 12, 1900. 1958. Modena.*

El autor hace una ligera revisión de las teorías actuales sobre la etiopatogenia de la ateroesclerosis, destacando el papel que tienen las lipoproteínas plasmáticas y la influencia que la heparina ejerce sobre éstas por mecanismo enzimático.

Basado en los trabajos de Abfinsen y de Korn, que consideran a la heparina como un cofermento de la lipoprotein lipasa, necesario para el normal metabolismo de las lipoproteínas, recoge la hipótesis de que en la ateroesclerosis hay un déficit de heparina circulante.

Estudia la acción que ejerce la heparina administrada por vía perlingual a la dosis de 30 mg. diarios en un grupo de enfermos ateroesclerosos.

Comprueba una mejoría del lipidograma, con tendencia a la normalización del cociente beta/alfa y disminución de la beta liproteína, si bien no se modifica la cifra de colesterina total.

El autor estudió los lipidogramas y la cifra de colesterina en estos enfermos, después de un tratamiento de 15 a 60 días de duración.

Creemos que dada la escasa actividad de la heparina por vía perlingual, las dosis administradas han sido muy pequeñas y mantenidas poco tiempo para esperar resultados más expresivos.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

FARMACOLOGÍA

PELAYO, A., y CABRERA, C.—«DIMETHYL BIGUANIDE HYDROCHLORIDE.» «*Philippine Journal of Surgery and Surgical specialties*», *págs. 39-41, vol. XIV, núm. 1, enero-febrero. Manila 1959.*

Esta substancia fué sintetizada en 1948 por García, siendo empleada como antivirus, antihistamínico y analgésico, observándose la aparición del ciclo menstrual en el 86'6 por ciento de las mujeres que tomaron este producto.

Si se admite la teoría de que la menstruación es causada por la menotoxina, esta droga actuaría estimulando la liberación de dicha toxina. Aparentemente actúa indirectamente. Parece que normalmente tiene que llegarse a un potencial nivel de toxina antes de que ocurra la verdadera rotura de las arterias terminales. La droga abreviaría la elaboración de este potencial nivel de toxina. Probada en dos casos puerperales, los resultados fueron negativos.—J. RIVERA.

HEMATOLOGÍA

CALTABIANO, S.; CAVALLINI, L., y CAGIANELLI, M. A. (Pisa).—«INFLUENCIA DE LOS GLUCÓSIDOS CARDIOTÓNICOS SOBRE LA COAGULACIÓN SANGUÍNEA Y SOBRE LA SENSIBILIDAD A LA HEPARINA.» (*Influenza dei glucosidi cardiotonici su la emocoagulazione e su la sensitivita all'heparina.*) «*Gior. Cli. Med*», *39, 9, 1377. 1958. Modena.*

Se trata de una interesante investigación sobre la acción que los digitálicos ejercen en el mecanismo de la coagulación.

En tres grupos de sujetos (normales, cardíacos compensados y cardíacos descompensados), sometidos a la acción de diversos prepara-

dos de digital y estrofantina, estudian las variaciones sufridas por los tiempos de coagulación, protrombina y la sensibilidad a la heparina.

En el grupo de sujetos normales y cardíacos compensados, no se apreció ninguna modificación por el tratamiento. Por el contrario, en el grupo de cardíacos descompensados, se pudo apreciar un acortamiento de los tiempos de coagulación y protrombina y una disminución de la sensibilidad a la heparina.

Estos efectos no se deben a una acción directa de los digitálicos sobre los mecanismos de la coagulación, como lo prueba el que no actúen en sujetos normales o cardíacos compensados, sino de una acción de tipo indirecto que los autores interpretan en el sentido de una mayor movilización de la protrombina hepática a consecuencia de las mejores condiciones circulatorias y un efecto secundario sobre la coagulación.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

MARINELLO y GUTIÉRREZ, A. — «EL HEMANGIOMA CUTÁNEO Y SU TRATAMIENTO.» *«Revista Cubana de Pediatría», vol. XXX, núm. 3, marzo 1958. La Habana.*

EL hemangioma es un tumor de tipo orgánico, que se manifiesta por una hiperplasia de las unidades vasculares sanguíneas, sobre todo de tipo capilar, a veces manteniendo la tipicidad lineal de sus paredes y otras mostrando engrosamientos por hiperplasia celular parietal.

Anatómicamente se diferencia del linfangioma en que éste se origina a expensas de los capilares linfáticos. Su forma maligna es el hemangiosarcoma, el cual tiene, además, mitosis y anarquías tisulares de tipo neoplásico.

Su localización puede ser tanto superficial como profunda, es decir, en cualquier lugar donde haya vasos sanguíneos, y los autores se ocupan sólo de los superficiales.

El 95 por ciento son congénitos o dentro de los tres primeros años de edad. En la hembra, más frecuente que en el varón, y en la cara en un 65 por ciento de los casos.

Preferencia de los de la cara por comisuras y vecindad de cartílagos y pericráneo.

Histológicamente aceptan los autores el capilar, el endoteliomatoso y el cavernoso. Dentro del capilar admiten el plano y el hipertrófico, y entre los endoteliomatosos el superficial y el profundo.

Se estudian después los tratamientos con nieve carbónica, substancias esclerosantes, radiaciones o rayos beta, el rádium, la röntgenterapia y la cirugía.

Los tres primeros tratamientos intentan provocar una reacción inflamatoria que a través de una endocapilaritis produzca, con su cicatrización, la esclerosis del angioma.

Con el uso del radón y otras fuentes de los rayos beta, que son partículas subatómicas con propiedades de penetración no más allá de los tres milímetros de los tejidos, medibles físicamente, la selección terapéutica no ha ofrecido dudas. Los resultados obtenidos con la betaterapia aplicados, por ejemplo, con el Estroncio 90 en casos seleccionados, son muy superiores a los que antes se conseguían con los otros tipos de tratamiento.

De los rayos beta serán subsidiarios los hemangiomas capilares planos y los de tipo hipertrófico que asienten en párpados, regiones mamarias y cualquier sitio en el que el tratamiento exija un decidido cuidado estético.

El rádium es ideal para los hemangiomas capilares hipertróficos de mayor espesor y para los endoteliomatosos situados en zonas no fácilmente quirúrgicas. Lo mismo ocurre con la röntgenterapia.

La cirugía se encargará de resolver la terapéutica de los capilares hipertróficos y de los endoteliomatosos de la cara anterior del cuello, del tórax y del abdomen, por la gran laxitud de la piel. La eliminación de la zona afectada en la clásica tajada de melón aprovechando las líneas y pliegues cutáneos con un cuidadoso cierre posterior, es una intervención extremadamente fácil.

En resumen, que siendo estos tumores benignos hay que procurar evitar su desarrollo excesivo; pero no se hacen precisos tratamientos drásticos que sacrifiquen la rapidez de los resultados al mejor final estético, que se consigue mediante varios tratamientos adecuados, a intervalos convenientes y en un tiempo de uno a tres años.—A. MALLÓU.

PEDIATRÍA

ZAMORANI. — «INVESTIGACIONES SOBRE EL ESCORBUTO LATENTE EN AMBIENTE TROPICAL.» *«Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría», vol. XXI, enero-febrero 1958. Caracas.*

AUNQUE en el ambiente tropical en que vive el autor no se presenta el escorbuto como entidad patológica bien definida, con una sintomatología clásica, hay formas carenciales indefinidas que pueden perjudicar a los niños provocando estados funcionales y lesiones anatómicas latentes.

Trastornos de higiene, dietas unilaterales, etc., dejan en el niño un organismo con una minusvalía que altera el pronóstico de su morbilidad y hasta de su mortalidad de una forma manifiesta y nefasta.

Se estudian las alteraciones radiológicas óseas en los raquitismos floridos con imágenes en bandas transversales, como fases de remisión y recidiva del raquitismo florido o «anillos anuales», que pueden aparecer en niños distróficos y hasta hipotiroideos, etc., y hay que plantearse siempre el problema de si los dibujos óseos anómalos son debidos al transtorno causante de la distrofia o si se han desarrollado sobre un fondo de raquitismo latente, lo que es más probable.

De estas consideraciones hay que exceptuar al escorbuto, porque sus lesiones óseas son, como en el raquitismo, parte esencial característica del síndrome.

Presentan los autores el caso de un niño de dos años, de raza blanca. Sin antecedentes, ni personales ni familiares, dignos de ser destacados. Presenta una discreta piodermia con pequeños abscesos subcutáneos que la madre califica de «granitos» en cara, frente y uno en el pecho. Su número, de uno a seis, aparecidos en un mes caluroso de agosto, posiblemente como consecuencia de una miliaria secundariamente infectada, totalmente desaparecida en el momento de la consulta. No hay fiebre, y al desaparecer uno de los granitos de la frente, se dan cuenta de que había una hinchazón que no le dolía en la frente, en parte izquierda, y que se extendía desde un dedo por encima del arco superciliar y hacia abajo tomaba las cejas y el párpado superior correspondiente, cerrándole en parte el ojo, en contraste con el opuesto derecho.

Con una exploración general normal, el estudio anatomopatológico de la lesión lleva al diagnóstico del proceso como granuloma eosinófilo. Se trata el niño con 50.000 unidades, dos veces al día, de vitamina A y 20 mgrs. de hidrocortisona. Este último medicamento, seis semanas, y la vitamina, seis meses.

Al final de la terapéutica anterior se repite el estudio anatomopatológico de la tumoración, obteniéndose una cicatrización completa de la lesión y una ausencia total de la referida infiltración eosinófila.—A.MALLÓU.

CASTELLANOS.—«ACCIÓN DE LOS ANTIBIÓTICOS SOBRE LAS ENTEROBACTERIACEAS BENEFICIOSAS EN EL TUBO DIGESTIVO DEL NIÑO.» *«Revista Cubana de Pediatría», vol. XXX, núm. 3, marzo 1958. La Habana.*

FORMAN parte del intestino del niño una serie de bacterias que se oponen al crecimiento de gérmenes patógenos, que ocasionalmente pueden penetrar en el tubo gastrointestinal. Estas pueden ser consideradas en dos grandes grupos:

1) Las que forman parte de la flora normal digestiva del sujeto.

2) Las que con fines profilácticos, terapéuticos o curativos son introducidas en el tractus gastrointestinal.

El autor se ocupa de este segundo grupo recalcando cómo, desde hace más de 50 años, fueron introducidos los gérmenes del género lacto-bacilo en la bacterioterapia intestinal y, afirma, «según nuestra opinión, esa conducta tiene plena vigencia aún en los momentos actuales». Entre las muchas bacterias del género lacto-bacilo acidófilo, hay que destacar el bacilo búlgaro, el acidófilo, el bífido y su mutante, el parabífido. Estos dos últimos son el 95 por ciento de la flora normal fecal de los niños alimentados a pecho. Hay un hecho indudable y es el de que en los niños con lactancia natural, la frecuencia de los trastornos diarréicos es mucho menor y la evolución de los que puedan padecer es mucho más corta y benigna. El niño criado al pecho tiene deposiciones ácidas, y el lactado artificialmente las tiene alcalinas.

Así, la flora bífida actúa: a través de su pH ácido, que dificulta el desarrollo de la flora patógena, y a través de antibióticos encargados de defender el intestino del lactante.

El bacilo bífido y el parabífido aerobio es extraordinariamente exigente para sobrevivir en los medios de cultivo. Esta dificultad es bien conocida por todos los bacteriólogos. Gyorgyi demuestra que es imprescindible el «factor bífidus» para su desarrollo. Este es un polisacárido obtenido después de preparar un medio de cultivo muy específico con treinta y siete principios esenciales. Este factor abunda en la leche de la mujer y también en las llamadas leches vivas (yeguas, burras), y está ausente en la leche de vaca. Así se explica que las deposiciones del niño lactado con leches vivas contenga el bacilo bífido y que la prescripción de estas leches como alimento medicamento tuviera su fundamento en la implantación del bífido y en el antagonismo de este bacilo con los gérmenes patógenos causantes de la diarrea.

El autor encuentra una sensibilidad extraordinaria del bífido a las tetraciclinas, que a las habituales dosis de 50-70 mgrs. por kilogramo de peso ejercen una formidable inhibición del desarrollo de este germen en la flora intestinal, de forma que desaparece rápidamente de flora fecal.

Todo ello demuestra el peligro de tratar un proceso baladí, un simple entero-catarro intestinal, con estos antibióticos.

Con el estudio de los diferentes gérmenes saprófitos intestinales, necesarios para una buena acidez gástrica e intestinal (en las que se fundan la beneficiosa acción de la leche de Marriot) y de su sensibilidad a los diferentes quimioterápicos y antibióticos, se llega

a la conclusión de lo trascendental que resulta el sensato empleo de estos medicamentos en los lactantes y de que la bacterioterapia intestinal tiene un futuro brillante, por lo que bien manejada puede reducir considerablemente la mortalidad y morbilidad infantil por enfermedades infecciosas.—A. MALLÓU.

CIRBELO y MARQUEZ. — «LAS CEPAS CUBANAS DE C. DIFTERIAE FRENTE A LA QUIMIOTERAPIA MODERNA.» «*Revista Cubana de Pediatría*», *vol. XXX, núm. 3, marzo 1958. La Habana.*

ESTUDIADAS por los autores veintidós cepas de C. Difteriae muy virulentas y su respuesta ante los diferentes antibióticos, se llega a la consecuencia de que, a pesar de las afirmaciones de los diferentes investigadores, entre los que no falta el mismo Flemming, con respecto a este germen, por lo menos las cepas cubanas, incluso con diez unidades de penicilina las que pueden considerarse *in vitro* como altas en relación con los otros trabajos llevados a cabo sobre esta materia, son resistentes en un 80 por ciento a este antibiótico.

Sensibles, en cambio, a la eritromicina, bacitracina y furadantin, y de mínima sensibilidad también a la polimixina B, penicilina y aureomicina.

Hacen hincapié los autores en que este trabajo debe ser proseguido por diferentes autores.—A. MALLÓU.

SOTO PRADERA, SILVERIO LATOUR, BARQUET CHEDIAK y GARCÍA PALACIOS. — «GRANULOMA EOSINÓFILO.» «*Revista Cubana de Pediatría*», *vol. XXX, número 8, agosto 1958. La Habana.*

ESTE proceso tiene carácter insidioso y, muchas veces, asintomático. A veces se diagnostica con ocasión de un examen radiológico rutinario, presentándose una zona quística de osteolisis que puede asentar en cualquier hueso del esqueleto, teniendo predilección por los del cráneo, costillas y vértebras, por este orden.

Cuando tiene sintomatología, ésta consiste en un dolor localizado, con tumoración y rubefacción en el lugar afecto, febrícula y leucocitosis con eosinofilia.

Las formas latentes del raquitismo florido y las del escorbuto, quizá puedan tener su mejor expresión clínica en las alteraciones óseas, y el autor se dedica a aclarar este punto, que considera de interés clínico excencional, como es natural.

Sobre todo, si tenemos en cuenta que la sintomatología de un escorbuto latente no tiene una característica definida que pueda conducir a un diagnóstico claro e indudable.

A los enfermos se les estudió la concentración de ácido ascórbico en plasma y en sangre, antes y después del suministro de vitamina C, así como también la fragilidad capilar, el estudio radiográfico de la osificación del esqueleto, escogiendo las extremidades inferior del fémur y la superior de la tibia, como las que ofrecen mejores condiciones de ejecución técnica y de observación.

Como no encontró ningún caso de escorbuto claro en niños ni adultos, el autor considera incompleto su estudio.

La determinación del ácido ascórbico en sangre, plasma y células hemáticas, antes y después de la inyección de 300 mgrs. de vitamina C, es tan distinta en unos y otros casos, que el autor considera que no puede utilizarse como prueba de comprobación diagnóstica.

El autor llega a la consecuencia de que las alteraciones son propias del raquitismo, y que no se observan nunca caracteres radiológicos propios del escorbuto, a pesar de todo, en estos distróficos con raquitismo florido y posible escorbuto latente.—A. MALLÓU.

«DIARREA Y ENTERITIS EN EL NIÑO MENOR DE DOS AÑOS», *por el Servicio de Pediatría del Hospital Central de Barquisimeto, y con la colaboración del Servicio de Anatomía patológica del mismo y el de Bacteriología del mismo Hospital.*

HACEN una revisión de los casos de enteritis en niños de menos de dos años y en el curso asistencial de un año.

De 3.182 niños ingresados, 870 fueron por diarrea aguda, con menos de un año, lo que da 27'34 por ciento, o sea, más de la cuarta parte de los niños.

El 60 por ciento de los casos, entre los tres y doce meses, lo que se relaciona con la alimentación de paso de lactancia a complementaria, y destete.

El 80 por ciento, de alimentación mixta o artificial, lo que demuestra la ausencia de diarreas infecciosas en los niños lactados al pecho.

Se estudia la duración de la enfermedad antes de acudir al Hospital, las condiciones nutricionales del niño, los procesos respiratorios agregados, la parasitosis intestinal y otras enfermedades agregadas.

Se practicaron 115 coprocultivos en 870 casos de diarrea.

La terapia fue antimicrobiana y de suministro de líquidos; electrolitos y dietética.

La mortalidad fue del 11'95 por ciento de los casos, con un 5'21 por ciento en las salas de emergencia, mientras en las salas generales la mortalidad fue del 34'32 por ciento, porque en este servicio ingresan los procesos severos, con desnutrición grave, toxicosis y bronconeumonía, etc., etc.

La gravedad del pronóstico está en relación directa con el estado de desnutrición del niño.

En los coprocultivos encontró el doctor Durante que, entre los gérmenes aislados, el 21'73 por ciento eran colibacilos, el 19'13 por ciento, proteus; el 14'78 por ciento, Shigellas; el 2'60 por ciento, salmonelas; el 3'47 por ciento, pyociánico, y el 38'26 por ciento fueron negativos.

En el informe anatomopatológico del doctor Dohner se encuentran signos anatómicos en todos los caso de toxicosis grave, menos en dos. Las lesiones que predominan en el intestino son las de tipo catarral, lo que se podría interpretar como debido al tratamiento antibiótico, precoz y muy activo, al ingresar.

En el 59'70 por ciento de los casos se observó una desnutrición anatómica evidente, que llegó, en algunos casos, hasta la caquexia.

Fue grande la frecuencia de enfermedades sobreagregadas, entre las que destacan por su frecuencia las bronconeumonías y las anemias.

Los casos toxicósicos iban acompañados de una degeneración parenquimatosa, en parte grasosa, de hígado, riñones y miocardio.—A. MALLÓU.

APARATO RESPIRATORIO

ROUJEAU, J. (París).—«METÁSTASIS NEOPLÁSICAS PLEUROPULMONARES FUGACES.» (*Metastas neoplasiques pleuropulmonaires e eclipses.*) «*Le Poumon et le Coeur*», *10, 1032, 1958. París.*

EL final de los enfermos de cáncer secundario del pulmón no es tan rápidamente mortal como en el caso de los tumores cancerosos primitivos. Así vemos años y años enfermos que viven afectos de cáncer pulmonar precisamente por su cualidad secundaria. El autor expone varios casos interesantes para demostrar lo anteriormente expuesto. Como alguno de estos enfermos había sido radiado, explica que no puede saberse si será por la radioterapia o por la evolución del cáncer mismo, independiente de la medicación radioterápica. Porque tal lentitud en la evolución se dio también en enfermos no radiados. Al lado de los efectos directos de la radiación, hay también los efectos a distancia, tal como experimentalmente se comprobó por la radiación lejana de una zona a distancia del tumor, con curación de éste, y por los experimentos de parabiosis, con depilación del animal no radiado. Hay, dice el autor, retrocesiones verdaderamente espontáneas. Todo esto choca con el espíritu médico que sobre el tema se ha tenido hasta la fecha. Se han observado metástasis cancerosas calcificadas y desaparición de tumores, corioepiteliomas metastásicos pulmonares o vaginales. Hay un síndrome metastásico agudo, que sólo nos deja ver fugazmente alteraciones a distancia del tumor original, que es el que progresa rápida o lentamente, pero que en todos los casos tiene un final inexorable en la mayor parte de los casos. Hay que ser prudente, no sólo con la terapia, sino con el pronóstico de estos enfermos.—SAMITIER.

SCARINCI, C. (Padua).—«PNEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO EN UN ASMÁTICO. A PROPÓSITO DE UNA OBSERVACIÓN.» (*Pneumothorax spontane chez l'asthmatique. A propos d'une observation.*) «*Le Poumon et le Coeur*», *10, 1039, 1958. París.*

LA formación del neumo espontáneo es por ruptura, muchas veces, de una ampolla pulmonar distendida. Tal cosa puede darse en el asmático, como en el caso comentado por el autor en un enfermo de cuarenta y tres años que, después de un acceso de asma típico, apareció un dolor costal que la radiografía lo explicó por la formación de un neumo espontáneo. Una radiografía posterior demuestra ya que el pulmón está normalmente expandido y desaparecido el neumo espontáneo.—SAMITIER.

CATTA, J. (Rabat).—«¿SE DEBE DE CREER TODAVÍA EN EL PNEUMOTÓRAX EN TISIOLOGÍA?» (*Doit-on creer encore des pneumothorax en phtisiologie?*) «*Le Poumon et le Coeur*», *10, 1058, 1958. París.*

MUY interesante el trabajo de este médico que ejerce en el Marruecos francés. Nada hay que oponer al tratamiento por antibióticos modernos y las exéresis pulmonares, pero nos dice que en los países donde la tuberculosis es una plaga social, debemos de establecer el neumotórax en los casos precisos en que esté indicado, pues pocos medios de tratamiento médico tienen tras de sí un prestigio y una experiencia como el pneumotórax terapéutico.—SAMITIER.

LIANG-PAI-CHANG (China). — «LA SITUACIÓN SANITARIA EN CHINA.» (*La situazione sanitaria in China.*) «*Minerva Medica*», *173, 50, Torino, 1959.*

EN la Sociedad Médica de Bolonia, el 28 de enero próximo pasado, dió una conferencia este profesor de Patología en la Universidad de Chun-San, acerca de la medicina en la China actual y de la situación sanitaria.

Esperan los chinos para 1960 terminar con la antigua plaga que asolaba la China, constituída por lo que ellos dicen las cinco mayores enfermedades infecciosas: esquistosomiasis, Kala-Azar, malaria, filariosis y anquilostomiasis. No hace referencia a la tuberculosis pulmonar, pero los datos y cifras que dan son suficientemente demostrativos. En 1947 había en toda la China 300 camas para los sanatorios, y en 1957, 68.000, para una población de 650 millones de habitantes. Estas camas citadas son las conseguidas por las organizaciones obreras. De 6.000 camas que tenían en 1947 las organizaciones industriales, han pasado, en diez años, a 48.000. Dice que los médicos, en muchos hospitales, se esfuerzan en tratar a los enfermos, con tanta afectuosidad, hasta el punto de que los enfermos se crean en su propia casa, y que incluso los visitan gratuitamente en sus domicilios, en lugar de hospitalizarse, adoptando los hospitales el régimen de tres turnos de ocho horas, con los médicos, para que la asistencia sea continua. Todo esto es, precisamente, por la falta de camas en los hospitales, permitiendo la hospitalización a domicilio siempre que no sea enfermedad infecciosa. Los empleados del gobierno y los de la industria, reciben asistencia médica gratuita ilimitada, tendiéndose a organizar esto también en el campo. Antes de la revolución, las tres enfermedades que invadían la China, peste, viruela y cólera, han sido en estos años aniquiladas. Doce ciudades están plagadas de pacientes de esquistosomiasis, enfermedad que afecta a millones de chinos. En 1957 tenían treinta y ocho Institutos de Medicina y de Farmacia y cuatro Institutos de la Medicina Tradicional China, que se sigue por ello estudiando. En 1958, los Institutos eran ya ciento setenta y ocho. Los estudiantes acuden nueve meses a las citadas escuelas o institutos, tres meses trabajan en las granjas o en la industria y sólo tienen un mes de vacaciones. Nos dice el profesor que ya emplean en cirugía la circulación extracorpórea, y que en materia de quemaduras salvaron la vida a un quemado en un 83 por ciento de su superficie corporal. La acupuntura y el cauterio tradicional demostraron una gran «eficacia» en la apendicitis, encefalitis del grupo B, neuralgias, afecciones renales y del hígado, siguiendo la pauta de la medicina tradicional. En su largo discurso no da cifras de morbilidad y mortalidad por tuberculosis. Da las gracias a las autoridades médicas italianas, a cuyo país acude para solicitar colaboración sanitaria.—SAMITIER.

LÓPEZ BONILLA, J. (Argentina). — «LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN ASIA.» «*El Tórax*», *179, 3. Montevideo, 1958.*

DURANTE dos años este médico argentino fue enviado por la O. M. S. para luchar contra la tuberculosis en Asia. En pocas partes, nos dice, que el personal médico y paramédico que trabaja está peor pagado que en Asia. A pesar de ello, por vocación, el personal trabaja denodadamente, lo que realmente es admirable. La labor de los equipos de la O. M. S. fue estadística, de vacunación y de diagnóstico en masa. Parece, no obstante, que también allí la tuberculosis, aun sin los modernos adelantos de tratamiento, de diagnóstico y de profilaxis, se bate en retirada. Ceylán es el país donde la sanidad está mejor ordenada, siendo la India, por su idiosincrasia, donde más falta por hacer, a pesar de que allí estuvieron los ingleses. Trescientos ochenta millones de indios tienen sólo dieciséis mil ochocientas camas para los tisicos, y Birmania, con veinte millones, tiene trescientas cuarenta camas. Tres mil cuatrocientas camas tiene Ceylán para seis millones de habitantes. En Birmania, que obtuvo la independencia en 1948, tenía sólo setenta camas para los enfermos de tisis, y en Afganistán, en su capital, hay ciento veinte camas para tuberculosis, con separación de hombres y mujeres, en edificios totalmente separados, con arreglo a su religión islámica en un 100 por ciento de la población. En la India, el problema debe ser pavoroso: Aspiran a tener una clínica por cada cien mil habitantes, y tratan allí a los tuberculosos, careciendo, en alguna de estas clínicas, de rayos X. Esperan, en diez años, hacer la tuberculinoreacción a la población menor de veinticinco años, calculada en ciento setenta millones de indios, con el fin de vacunar a los negativos.—SAMITIER.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 402 - TOMO LXVIII
SEPTIEMBRE 1959
CONGRESOS Y ACADEMIAS

V JORNADAS NACIONALES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

(Granada, 28 junio - 2 julio 1959)

DEL 28 de junio al 2 de julio se han celebrado en Granada y Málaga las *V Jornadas Nacionales de la S. E. C. O. T.*

Todas las regiones y escuelas españolas han estado representadas en estas Jornadas. También han asistido algunos miembros destacados de la Sociedad Portuguesa (S. P. O. T.). De Zaragoza han asistido los doctores Aniento, Liria y Seral, habiendo llevado la voz de nuestra región como ponente en uno de los coloquios el primero, y participando todos activamente y con brillantez en las Jornadas.

El programa científico se ha desarrollado en forma de coloquios, con varios ponentes para cada tema y con un moderador para cada coloquio. Después de exponer resumidamente cada ponente su trabajo, se leían las comunicaciones referentes al tema y se formulaban por los asistentes preguntas y *pegas*, que contestaban los ponentes aludidos. Finalmente, el moderador de cada coloquio hacía el resumen de todo lo expuesto y extraía o intentaba extraer unas a modo de conclusiones sobre el tema debatido, que venían a representar el criterio de los especialistas españoles, en dicho momento.

Los coloquios y ponentes han sido los siguientes:

Pie zambo congénito en la primera infancia. Moderador: doctor Salaverri Aranguren (Bilbao). Ponentes: doctor Ran Calzadilla (Córdoba), doctor Esteve de Miguel (Barcelona), doctor Martín Cazorla (Granada), doctor Fernández Iruegas (Madrid).

«Hallux valgus». Moderador: doctor Tercedor Avilés (Granada). Ponentes: doctor Esteban Múgica (Madrid), doctor Enriquez del Corral (Zamora), doctor Sixto Seco (Santiago de Compostela), doctor Cañadel Caraffi (Barcelona).

Fracturas de la extremidad superior del radio. Moderador: doctor Queipo del Llano (Málaga). Ponentes: doctor Escudero Pérez (Cáceres), doctor Aniento Tena (Zaragoza), doctor Domínguez Rodríguez (Pontevedra), doctor Soriano Garcés (Madrid).

Fracturas de extremidad superior del humero. Moderador: doctor Jimeno Vidal (Barcelona). Ponentes: doctor Marco Clemente (Barcelona), doctor Morán Urdangoray (Oviedo), doctor Bernaldez Sarmiento (Sevilla), doctor Gómez Barnuevo (Madrid).

Las dos primeras jornadas de trabajo se celebraron en el Aula Magna de la Facultad de Medicina de Granada, y las otras dos en la Casa de la Cultura de Málaga. En total se leyeron cerca de un centenar de comunicaciones a los distintos coloquios y sobre tema libre. También hubo proyecciones de películas de gran interés.

La S. E. C. O. T. celebró también su asamblea general reglamentaria. Después de prolongado debate, parece que se acordó aplazar el Congreso que correspondía celebrar en Portugal el año próximo, hasta el año 1961 a petición de los colegas portugueses, que esperan tener acabado para entonces el gran Hospital de Oporto. Y para no dejar sin reunión anual a los miembros de S. E. C. O. T., celebrar el año próximo unas Jornadas en Gijón, inmediatamente antes de la celebración en Oviedo del Congreso de la Sociedad Española de Rehabilitación.

Las Jornadas han tenido su parte de actos sociales. Que han sido tantos, tan brillantes y tan espléndidos, que es difícil comprender cómo se encontró tiempo y de lo otro para poder celebrarlos todos. Téngase en cuenta que en cinco días hubo cuatro jornadas intensas de trabajo científico y un desplazamiento de Granada a Málaga de todos los jornadistas, dos espectáculos inolvidables en la Alhambra, con los ballets del Covent Garden y un recital de canto de Victoria de los Angeles, traslado y visita al Sanatorio Marítimo de Torremolinos, una fiesta campera, otra fiesta andaluza, un banquete en el hotel más moderno de la Costa del Sol, etc., etc.

Claro que los organizadores, como buenos

andaluces, son gente de mucho señorío y muy rumbosos, circunstancias que, unidas a una buena dosis de inteligencia, simpatía, cortesía y amabilidad, les han permitido encontrar tiempo y de lo demás para salirse con su deseo de hacer grata la estancia a los jornadistas. Y a fe que lo han logrado.—F. SERAL CASAS.

HOSPITAL MUNICIPAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

REUNIONES DEL CUERPO FACULTATIVO

SESIÓN DEL DÍA 12 DE JUNIO DE 1959

SOLER SALA, J. M. — «NUEVOS CONCEPTOS EN OFTALMODINAMOMETRÍA.»

DESPUÉS de un resumen de los medios necesarios para practicar un análisis hemodinámico, se expone el porqué de la utilización de la dinamometría. Se hizo resumen de los conceptos anteriores y de las actuales adquisiciones. Se describe la técnica de medida y posibles errores que pueden modificar los resultados.

PUNCERNAU, R. — «LA TENSIÓN RETINIANA EN NEUROANGIOLOGÍA.»

LAS diversas causas de error dependientes de los aparatos de medida o método usado, así como los que dependen del sujeto observado y del mismo observador por un lado y el prurito de exactitud matemática por el otro, ha hecho que muchos médicos hayan decidido prescindir de un procedimiento tan complejo en apariencia y sujeto a tantas causas de error.

Aun cuando los primeros en usar y preconizar este método han sido los oftalmólogos, esta medida de la tensión arterial retiniana no se ha mostrado útil en las enfermedades puramente locales del ojo. Lo que se mide no es la presión de la arteria central de la retina, sino la presión de la arteria oftálmica a la salida de la arteria carótida.

Se ha usado este método en el estudio de trombosis y aneurismas carotídeos, en el diagnóstico de las diferentes formas de cefaleas de origen vasomotriz con el que orientar un tratamiento adecuado, en la arterioesclerosis cerebral, en el estudio pronóstico de la hipertensión en relación con la patología cerebral, en trastornos de la tensión ortostática. También se ha usado este método en procesos expansivos o compresivos cerebrales posttraumáticos, en alteraciones circulatorias debidas a procesos cervicales, para la calibración de algunos trastornos cocleovestibulares ligados al estado circulatorio de la arteria auditiva interna, etc.

Sin embargo, conviene insistir, por las razones anteriormente expuestas que este método debe ser usado siempre por el mismo observador con un aparato de su costumbre, no intentar buscar medidas absolutas, sino teniendo en cuenta la tensión ocular, comparativas entre ambos lados y dando valor solamente a las diferencias claras.

Asimismo se considera el interés del estudio comparativo de los datos oftalmodinamométricos con los de la presión arterial humeral.

ALCÁNTARA LÓPEZ, E., y CAMBRA MERCADER, R. — «INFLUENCIA DEL OCTANOL SOBRE LA FÓRMULA PROTÉICA.»

SIENDO muchas las substancias empleadas con el fin de interferir favorablemente sobre la evolución de los procesos esclerosos, sin demasiado éxito, hemos realizado un estudio sobre la influencia que puede tener el octanol en la fórmula protéica y lipoprotéica hemática en sujetos esclerosos.

El alcohol octílico es soluble en alcohol etílico y aceite e insoluble en agua.

Clerc, Sterne y Pacis, con otros autores, atribuyen al alcohol octílico modificaciones cardiocirculatorias en el sentido de descenso tensional, aumento de la diuresis etc. Fué empleado el octanol en el tratamiento de las hipertensiones esenciales o de arterioesclerosos, pero debido a su poca eficacia fué abandonado su uso.

Hemos planeado el estudio con vistas a conocer los efectos de esta substancia sobre la coagulabilidad, lipoproteínas, diuresis, etc., sobre un lote de diez enfermos cuyas edades oscilan entre los sesenta y sesenta y cinco años. Se empleó una solución, administrada en inyecciones de 10 c. c., conteniendo 10 c. c. de agua, 0'54 de glucosa, 0'50 de salicilato de sosa y 0'005 de octanol.

No se hizo ninguna otra medicación antiesclerosa durante toda la experimentación. Se hizo proteinograma previo, y proteinogramas sucesivos tras las inyecciones de control y de octanol.

Los resultados fueron los siguientes: Las proteínas han variado siempre, aumentando en cuatro veces y disminuyendo en dos. Aumentó el cociente serinas/globulinas. Disminuyó la fracción Beta en cinco de los casos, a expensas de un aumento de las gammasproteínas.

VILLARES URCHAGA, J., y PRADES PLÁ, J. — «LA ANESTESIA GENERAL EN CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLÓGICA DE CORTA DURACIÓN.»

EL objeto de esta comunicación es aportar el resultado de nuestra experiencia personal en la anestesia por inhalación en cirugía de nuestra especialidad, pero de corta duración, con referencia casi exclusiva a la anestesia en la amigdalectomía y adenoidectomía por técnica rápida y en especial en el niño, donde puede afirmarse que al cirujano le preocupa mucho más la anestesia que la misma intervención, y es que en realidad no existen una metódica bien reglada. Nosotros consideramos que los componentes fundamentales de una anestesia son cuatro: agente anestésico, técnica de administración, premedicación y cuidados inmediatos postoperatorios.

En la determinación de cada uno de estos componentes hay que tener en cuenta: el tipo de intervención y técnica quirúrgica que se va a emplear, región donde se interviene y características de cada enfermo.

Nuestra sistemática actual en anestesia por inhalación, en cirugía faríngea de corta duración se basa: Primero, en conseguir una buena y eficaz premedicación, con ello se gana prácticamente la partida; segundo, en el empleo del éter divinílico como anestésico que nos ofrece más seguridad; tercero, en el empleo, en determinados casos, de la anestesia combinada; el éter divinílico en la inducción y cloruro de etilo, en muy pequeña cantidad, para llegar con mayor rapidez al estadio quirúrgico; cuarto, en el empleo sistemático de un inhalador valvular, y quinto, en una serie de cuidados preoperatorios, peroperatorios y postoperatorios que tienen mucha importancia para la buena marcha de la anestesia y una buena recuperación del enfermo.

PAÑELLA CASAS, M., y AMBRÓS FIGUEROLA, J. M. — «NUEVAS OBSERVACIONES DE LA NOVOCAÍNA COMO FACTOR EUTRÓFICO EN LA VEJEZ.»

COMO decíamos en una anterior comunicación, ya manifestamos nuestro escepticismo sobre el éxito del resultado. Hoy nos creemos autorizados a afirmar que el llamado factor H-3 (novocaína), por la doctora Asland, carece del efecto rejuvenecedor que ella le atribuye, ya que nosotros no hemos podido apreciar el más leve síntoma de rejuvenecimiento en ninguno de los enfermos tratados. Sin duda, algunos de ellos se han beneficiado del aporte del complejo vitamínico, pero este beneficio ya lo conocíamos anteriormente al empleo de la novocaína y por ello siempre hemos insistido en la importancia de este aporte a todos los ancianos, especialmente en los que ya es manifiesta una carencia del mismo, pero ello dista mucho de las afirmaciones que, tanto la profesora Asland como otros colegas, han hecho sobre la novocaína como nueva panacea rejuvenecedora.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 402 - TOMO LXVIII
SEPTIEMBRE 1959
SECCIÓN VARIA

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. SEMINARIO DE HISTORIA DE LA MEDICINA ESPAÑOLA.
Director: Prof. Dr. LUIS S. GRANJEL.

LA OBRA QUIRÚRGICA DE DIEGO VELASCO Y FRANCISCO VILLAVERDE

POR EL

DR. J. F. PRIETO AGUIRRE

SALAMANCA

LOS AUTORES Y SU OBRA

Nos hemos propuesto en este trabajo estudiar una de las obras que más contribuyeron al auge experimentado por la Cirugía española en la segunda mitad del siglo XVIII. Son sus autores *D. Diego Velasco* y *D. Francisco Villaverde.*

Fue *Velasco* [1] célebre cirujano y operador, ayudante consultor del Ejército y catedrático del Real Colegio de Cirugía de Barcelona, profesional hondamente preocupado por elevar el nivel científico de la Cirugía española, necesidad sobre la que discurre en el discurso inaugural que en 1771 pronuncia en la apertura del Real Colegio de Cirugía de Barcelona. Su obra fue realizada en colaboración con *Francisco Villaverde,* de quien sabemos fue segundo ayudante de cirujano mayor de la Armada e ilustre catedrático del Colegio de Cirugía de Cádiz. Ambos autores se habían formado en este Colegio de Cádiz, y los dos fueron igualmente pensionados en París, con el encargo de formar una colección de operaciones de cirugía que sirviese de texto en los Reales Colegios que hemos mencionado.

La obra que estudiamos se titula *Curso theorico-practico de operaciones de cirugia* [2] y está dedicada a D. Pedro Perchet, primer cirujano de cámara, con fecha 29 de marzo de 1763. A esta dedicatoria y al prólogo de la obra se acompaña la censura y aprobación colectiva que otorgaron al trabajo de Velasco y Villaverde el ya citado D. Pedro Perchet, D. José María Auber y D. Bartolomé Munguía, en Madrid y con fecha 31 de diciembre de 1762. El privilegio real para la edición fue concedido el 23 de enero de 1762.

[1] Una breve nota bibliográfica de estos autores se encuentra en la obra de Antonio Hernández Morejón *Historia bibliográfica de la Medicina española,* tomo VII, págs. 380-381. Madrid, 1852.

[2] Si bien en las dos últimas líneas de la portada se lee la referencia a su editor, *Juan de la Cruz. Madrid, 1763,* en la portada de la segunda parte figura impreso: *Por Joachin Ibarra. Calle de las Usoras. Año MDCCLXIII.*

La obra de Velasco y Villaverde se compone de dos partes fragmentadas en veintidós capítulos, figurando al final de la primera una selección bibliográfica [3] en la que se citan autores clásicos y modernos, en especial autores franceses del siglo XVIII, no mencionándose más obras españolas que las *Cartas* y *El Teatro* de Feijoo. Ilustran la obra tres extensas láminas en las que se reproduce instrumental quirúrgico.

Se critican en el prólogo del *Curso theorico-practico de operaciones de cirugia* la precaria situación de la cirugía española en la época, poco atendida por los médicos *latinos* y ejercida con poca altura científica por los barberos. Hablan nuestros autores con elogio de la obra de Virgili y de la renovación alcanzada por la creación de los Reales Colegios de Cirugía, manifestando que su labor se ha encaminado a contribuir en esta misión renovadora con la aportación de un tratado de Cirugía que sirviese de texto en los Colegios de Barcelona y Cádiz.

La obra de Velasco y Villaverde resulta ser, como confiesan los autores, una transcripción, en su mayor parte, de la publicada por Henri François le Dran [4], pero prescindiendo de su escasa o nula originalidad, poseyó la obra un elevado valor práctico, pues contribuyó decisivamente a incrementar el acervo de conocimientos científicos de quienes se educaban en los Colegios de Cirugía de España.

Examinada aquí la obra que es objeto de nuestro trabajo, advertimos en ella amplias lagunas. Algunos temas son muy someramente tratados, como, por ejemplo, el capítulo de las heridas, de la cirugía craneal, traumatología, etc. Los capítulos más amplios son, sin duda, los dedicados a algunas afecciones quirúrgicas abdominales y urogenitales. Pese a todo ello, la obra de Velasco y Villaverde señala un importante hito en el empeño por aquel entonces puesto para incorporar la Cirugía española al nivel de la europea.

En nuestro trabajo agruparemos el contenido del *Curso theorico-practico de operaciones de cirugia* en cuatro partes: Cirugía general, Cirugía cráneo-facial, Cirugía toraco-abdominal y Cirugía urogenital, partes a las que sucesivamente nos iremos refiriendo.

CIRUGÍA GENERAL

El primer aspecto de la obra de Velasco y Villaverde que aquí ha de comentarse es el referente a los capítulos que tratan de cuestiones de índole o tipo general.

En el capítulo primero [5] hacen referencia nuestros autores a la importancia de los conocimientos anatómicos y fisiológicos, así como de la práctica en la formación del cirujano. Por este motivo se exponen en la obra una serie de nociones fisiológicas que presentan un matiz claramente mecanicista. En este mismo capítulo primero se define la cirugía y se estudia el acto quirúrgico, haciendo una descripción de las precauciones a tomar por el cirujano, antes, durante y después de las intervenciones.

[3] Págs. 274-278.

[4] Henri François le Dran (1685-1770) fue uno de los fundadores, junto con Petti, Le Cat, De Garengeot, etc., de la gran escuela francesa del siglo XVIII. Sus obras más conocidas son el *Traité des operations de chirurgie,* París, 1742, y la titulada *Consultation sur la pluspart des maladies qui sont du ressort de la chirurgie.* París, 1765. Su obra *Observaciones de cirugia* fue traducida al castellano en Madrid (1780), por Félix Galisteo, quien también tradujo su *Tratado de operaciones de cirugía,* Madrid, 1784.

[5] Págs. 1-7.

Otras dos cuestiones, ambas de índole general, que por su tema cabe tratar ahora, son las tocantes a la inflamación y a las suturas. El primero de estos temas es tratado por nuestros autores en el capítulo segundo [6], que consta de siete artículos dedicados: el primero, al estudio de la definición, clases, diagnóstico, pronóstico y curación de la inflamación, y los seis restantes, a los modos de evolución de los procesos inflamatorios, describiendo nuestros autores, sucesivamente, el proceso resolutivo de la inflamación, el absceso, el proceso de delitescencia, el escirro y, por último, la gangrena.

Intimamente ligado al problema de la inflamación está, para nuestros autores, el cáncer, tema que es expuesto en el capítulo doce [7] de la obra que estudiamos. En dicho capítulo se define el cáncer, estableciendo las diferencias entre los distintos tipos, y se mencionan sus causas —fundamentalmente inflamación e irritación—. Entre los tratamientos quirúrgicos de la afección que nos ocupa, es objeto de especial atención la extirpación de la mama, y como tratamiento médico se preconiza el de la cicuta, según la técnica de Storr, médico del Hospital de Santa María, de Viena, y del que nuestros autores hablan muy favorablemente [8] en sus *corolarios*.

Finalmente, y antes de entrar en el estudio pormenorizado de las afecciones quirúrgicas, describen Velasco y Villaverde, en los seis artículos en que se fragmenta el capítulo tercero [9], los diferentes tipos de sutura, describiéndolos sucesivamente: sutura seca (apósitos), sutura verdadera y su técnica, así como también las suturas llamadas entrecortadas y emplumadas, indicándonos en cada caso el modo de practicarlas.

Cirugía cráneo-facial

La exposición de los capítulos propiamente clínicos de la obra de Velasco y Valverde la iniciamos con el estudio de los dedicados a exponer aquellos procesos que afectan al macizo facial y cráneo.

Todo un capítulo, el décimo [10], del *Curso theorico-practico de operaciones de cirugia* está dedicado al estudio de las heridas de cabeza, describiéndose primeramente sus diversos tipos en un artículo somero y dedicando cuatro más a las heridas superficiales, a las que interesan el cráneo en sus distintas variedades, y haciendo por último un estudio más detallado de las fracturas craneales y de la técnica de trepanación. En el capítulo quinto y en su artículo tercero [11], al tratar de las hidropesías, hay también una sumaria mención al hidrocéfalo.

Dos amplios capítulos, el diecisiete [12] y el dieciocho [13], se ocupan, respectivamente, de dos importantes afecciones oftalmológicas: fístula lagrimal y catarata. Después de haber estudiado con bastante atención cuanto se refiere a la fístula lagrimal, incluyendo en su estudio la técnica quirúrgica habitual, nuestros autores dedican todo un artículo a la descripción de las modificaciones más modernas de la técnica de la intervención, especialmente las introducidas por M. Anel.

6 Págs. 8-43.
7 Págs. 8-43.
8 Pág. 336.
9 Págs. 43-72.
10 Págs. 447-483.
11 Págs. 116-117.
12 Págs. 402-419.
13 Págs.420-445.

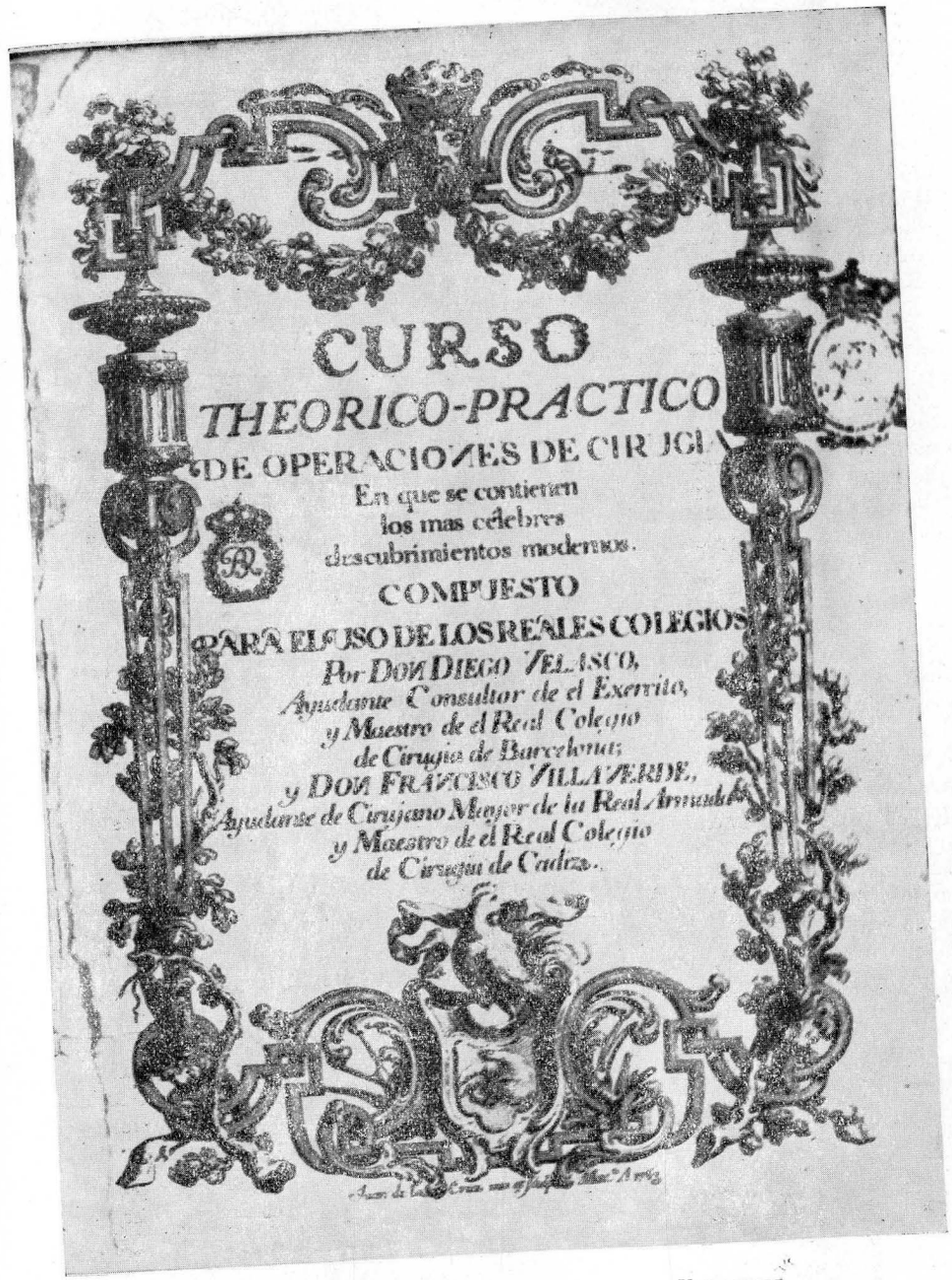

CURSO
THEORICO-PRACTICO
DE OPERACIONES DE CIRUGI
En que se contienen
los mas célebres
descubrimientos modernos.
COMPUESTO
PARA EL USO DE LOS REALES COLEGIOS
Por DON DIEGO VELASCO,
Ayudante Consultor de el Exercito,
y Maestro de el Real Colegio
de Cirugia de Barcelona;
y DON FRANCISCO VILLAVERDE,
Ayudante de Cirujano Mayor de la Real Armada,
y Maestro de el Real Colegio
de Cirugia de Cadiz.

Fig. 1.—Portada de la obra de Velasco y Villaverde

La exposición del tema de la catarata comprende dos artículos: el primero, dedicado a la exposición de la historia de la enfermedad, y el segundo, a su estudio clínico, en el que se presta especial atención a la técnica quirúrgica, describiéndose [14] tanto el método de la depresión como el de la extracción de la catarata.

Sobre afecciones nasales solamente encontramos en la obra de Velasco y Villaverde un breve capítulo, el dieciséis [15], destinado al estudio clínico del pólipo, así como a la correspondiente técnica quirúrgica para su extirpación. Igualmente, de una manera breve, es tratado el labio leporino en el capítulo quince [16], y por último, el capítulo catorce [17], integrado por cuatro artículos, está dedicado al estudio de la angina. Descrita ésta conjuntamente con el garrotillo en el primero de estos artículos, se destinan los tres restantes a una exposición sumaria de las técnicas empleadas en la extirpación de la campanilla y frenillo, así como a una descripción de los procedimientos para la extracción de cuerpos extraños de la tráquea y esófago.

Todos estos capítulos ya reseñados, al igual que los que aún han de mencionarse, se encuentran estructurados sobre un orden expositivo único, que incluye los siguientes puntos: 1. Definición. 2. Variedades. 3. Causas (fundadas en el estudio mecánico de las funciones correspondientes). 4. Señales diagnósticas y pronósticas. 5. Indicaciones generales de los remedios de toda índole. 6. Indicación fundamental de la operación que exige la enfermedad (ésta es la parte tratada con más amplitud en cada capítulo). La técnica quirúrgica se confirma con datos de diversos autores, especialmente franceses, y algunos originales de los autores.

Cirugía toraco-abdominal

Analizaremos en un único apartado los capítulos que Velasco y Villaverde dedican en su obra a describir las afecciones quirúrgicas torácicas y abdominales, estas últimas expuestas con mayor amplitud que las primeras.

Las afecciones torácicas son tratadas en los dos artículos de que consta el capítulo trece [18], dedicados al estudio del empiema y del absceso de pulmón. Dedican nuestros autores, en los mencionados artículos, especial atención al tratamiento quirúrgico del empiema. Se ocupa también de afecciones torácicas el artículo cuarto del capítulo [19] quinto, en el que se definen las *hidropesías de pecho*, diferenciándolas del empiema por la naturaleza serosa del exudado, y se estudian seguidamente sus causas, signos diagnósticos, pronósticos y tratamiento consistente en la punción evacuadora, cuya técnica describe. El cáncer de mama es tratado en el capítulo doce [20], donde se describe minuciosamente la técnica quirúrgica de su extirpación.

Sobre afecciones abdominales tratan, en primer lugar, los artículos quinto y sexto [21] del capítulo quinto ya mencionado, donde se expone la definición, se estudian las causas, síntomas diagnósticos y tratamiento de la ascitis. Con respecto a este último, mencionaremos que, si bien se hacen unas someras indicaciones sobre el tratamiento médico de la ascitis, es el remedio quirúrgico, la punción, el que

[14] Sobre estos procesos trata con mayor amplitud el doctor E. Hernández Benito, en su trabajo, próximo a publicarse, titulado *La Oftalmología española en el siglo XVIII*.
[15] Págs. 389-399.
[16] Págs. 380-389.
[17] Págs. 357-379.
[18] Págs. 338-356.
[19] Págs. 117-120.
[20] Págs. 313-338.
[21] Págs. 120-132.

se considera preferentemente y con más detalle. El segundo de los artículos mencionados se ocupa de las *hidropesías enquistadas* condicionadas, según opinión de nuestros autores, por los tan numerosos repliegues del peritoneo, que, al dar lugar a la formación de sacos, originan la retención de los exudados. A propósito de estas afecciones, se indican los signos diagnósticos y pronósticos y las intervenciones quirúrgicas adecuadas, como la punción y la incisión. A la calculosis vesicular hay una sumaria referencia en el artículo segundo [22] del capítulo noveno.

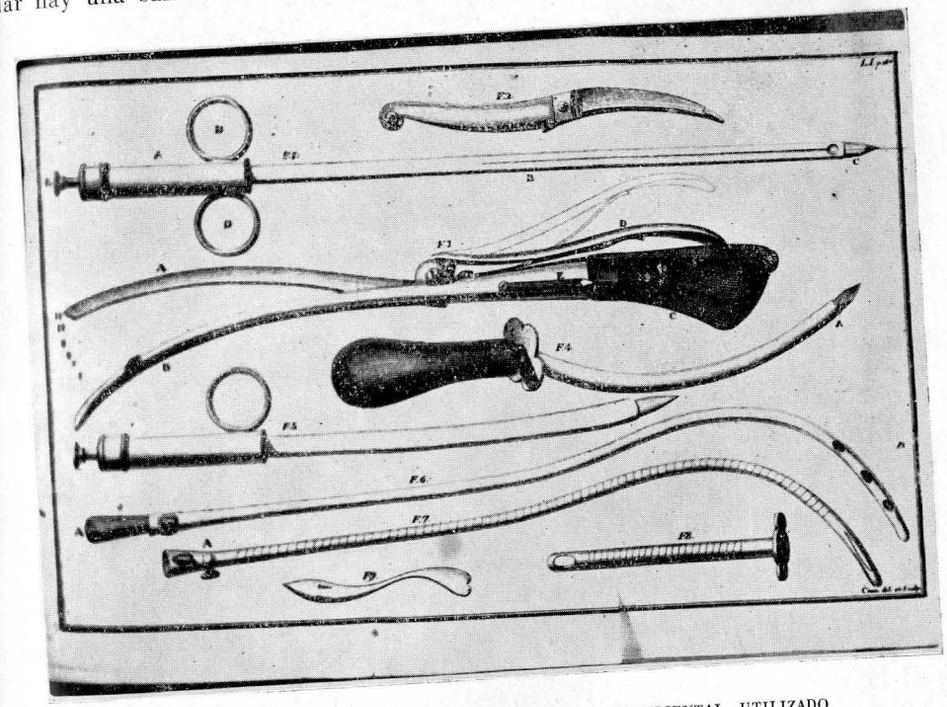


Fig. 2.—Lámina reproduciendo diverso instrumental utilizado en operaciones urológicas

Las heridas que afectan a la región abdominal son tratadas por Velasco y Villaverde en el artículo sexto [23], capítulo tercero, donde se estudian primeramente los tipos de heridas abdominales y seguidamente la gastrorrafia como técnica apropiada para su curación. Se extienden seguidamente nuestros autores en la descripción de varios tipos de heridas concretas, indicando su diagnóstico y conducta terapéutica más propicia según la víscera o vísceras que hubiesen resultado afectadas. Las distintas técnicas quirúrgicas se describen con bastante detalle.

Un amplio capítulo, el cuarto [24], se ocupa de las hernias, dedicándose un primer artículo al estudio general de las mismas, capítulo en el que puede hallarse la definición, clasificación de las variedades de hernias, sus causas, problemas diag-

[22] Págs. 198-205.
[23] Págs. 56-72.
[24] Págs. 72-111.

nósticos a que dan lugar y complicaciones crónicas y agudas que se presentan en estas afecciones. Los siete artículos restantes del mencionado capítulo cuarto se ocupan, sucesivamente, de la reducción manual de las hernias o *taxis*, de la descripción de las indicaciones y técnicas quirúrgicas a emplear en las no reductibles y del estudio particular de las hernias crurales, umbilicales, ventrales, vesicales y del agujero ovalado.

Otro problema clínico que, como el de las hernias, está ampliamente tratado en la obra de Velasco y Villaverde, es el referente a las afecciones de la región anal, a cuyo estudio están dedicados los seis artículos en que se divide el capítulo octavo [25]. Después de hacer una somera exposición de la imperforación y procidencia del ano, dedica el *Curso theorico-practico de operaciones de cirugia* un estudio más detenido de las almorranas, indicando por separado el tratamiento y técnica quirúrgica de las *almorranas ciegas* y el de las *almorranas fluentes*. En los últimos artículos del capítulo se tratan con cierto detalle los abscesos de ano y la fístula anal.

Cirugía uro-genital

Tema al que consagran preferente atención en su obra Velasco y Villaverde, es el referente a las afecciones urogenitales de interés quirúrgico. Entre ellas se trata con especial amplitud el tema de las *concreciones petrosas* (calculosis), a cuyo estudio están dedicados los ocho artículos del extenso capítulo noveno [26]. Después de mencionar lo que se refiere a la formación de cálculos, causas y clases de los mismos, nuestros autores exponen brevemente lo concerniente a cálculos renales y uretrales, dedicando el artículo quinto, de gran extensión, a las concreciones petrosas o cálculos vesicales. Indican Velasco y Villaverde en este capítulo, primeramente, la gran variedad de cálculos que en la vejiga pueden hallarse, haciendo una referencia especial a los adherentes o enquistados, y nos exponen a continuación los problemas diagnósticos que plantea la existencia de señales equívocas y verdaderas de los mismos. Con respecto al tratamiento de estas afecciones, es descrita la técnica de sondaje y, ampliamente, la litotomía, para cuya práctica nuestros autores se muestran partidarios del método de Le Dran y del propuesto por el lego de Bernardos reformador fray Cosme. Igualmente puede hallarse en este artículo una técnica especial para la práctica de la litotomía en mujeres, y una minuciosa descripción de las complicaciones, abscesos, fístulas, incontinencias de orina, etc., a que las mencionadas intervenciones daban lugar. Los artículos sexto y séptimo de este capítulo estudian, ya de una manera mucho más breve, los cálculos uretrales y aquellos que se forman en el surco balano-prepucial de algunos sujetos afectos de fimosis.

Con referencia también a la patología vesical, se trata en la obra de Velasco y Villaverde, aunque someramente, la hernia de vejiga, en el artículo séptimo del capítulo cuarto [27].

La retención de orina y sus distintos tipos, las causas que la originan, así como los signos diagnósticos, pronósticos y medidas terapéuticas, propios de esta afección, son estudiados en el capítulo undécimo [28] del *Curso theorico-practico de operaciones de cirugia*. Como medida extrema en casos rebeldes de retenciones

[25] Págs. 159-191.
[26] Págs. 192-269.
[27] Págs. 106-111.
[28] Págs. 300-313.

vesicales, recomiendan nuestros autores la punción en vejiga con trocar corvo, instrumento que figura entre los grabados de la lámina primera de la obra.

Las afecciones más frecuentes de la uretra son expuestas en el capítulo décimo [29], en el que se estudian especialmente las *carnes fungosas de la uretra* y se trata con detalle del remedio de las candelillas en las estrecheces.

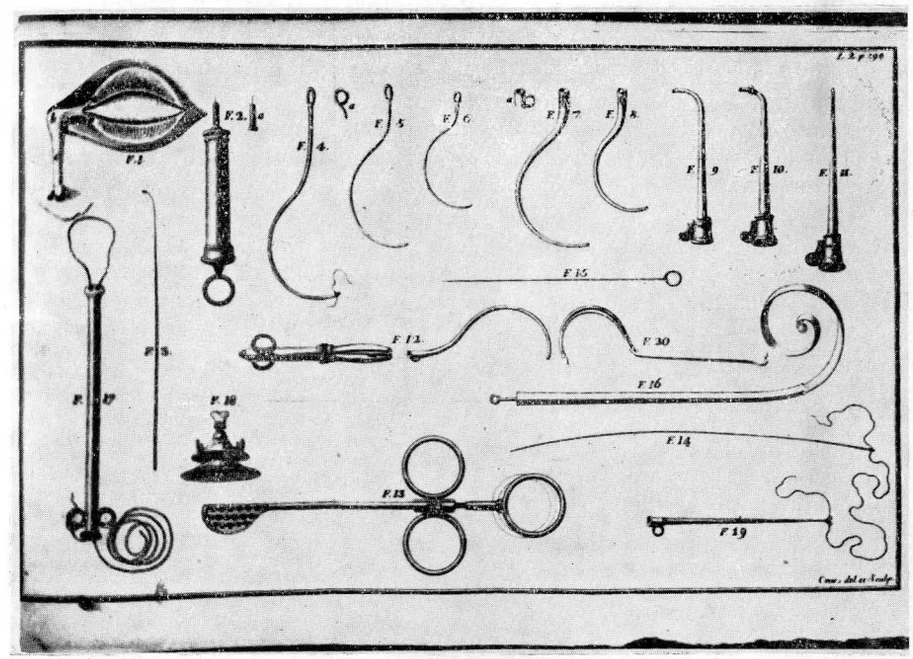


Fig. 3. — Lámina reproduciendo diverso material, preferentemente el utilizado en la práctica de intervenciones oculares y nasales

Sobre procesos localizados en el aparato genital masculino, cuenta la obra de Velasco y Villaverde con un estudio general de las afecciones testiculares, tema del capítulo sexto [30], donde se informa también sobre la técnica e indicaciones de la castración. Se completa la patología del testículo con un capítulo, que nuestros autores sitúan entre las hidropesías, donde se estudia el hidrocele. En este artículo séptimo [31] del quinto capítulo pueden hallarse descripciones de los dos tipos más característicos de hidroceles en opinión de los autores, los denominados hidroceles por infiltración e hidroceles por derramamiento. Como es norma en cada capítulo de la obra, a la exposición de las citadas afecciones se acompañan precisas indicaciones quirúrgicas para su curación radical.

Las enfermedades del pene son estudiadas en los cinco artículos de que consta el capítulo séptimo [32], donde se exponen primeramente diversas consideraciones

[29] Págs. 281-299.
[30] Págs. 141-148.
[31] Págs. 133-140.
[32] Págs. 149-158.

generales sobre la fimosis, para estudiar en dos artículos sucesivos esta afección en el niño y en el adulto. Los dos últimos artículos de este capítulo son los destinados al estudio de la parafimosis y de la amputación del pene.

Otros capítulos quirúrgicos

No pudiendo tratarlas por separado, haremos en este párrafo final de nuestro trabajo una breve mención de algunas afecciones quirúrgicas sobre las que Velasco y Villaverde tratan en diversos lugares de la obra que estudiamos.

Es el primero de ellos la sumaria referencia a los cálculos gotosos incluída en el capítulo noveno [33]. Con mayor amplitud, y en el capítulo veintiuno [34], es estudiado el panadizo, al que los autores, según la terminología de la época, denominan *panarizo*, indicando con cierta amplitud la técnica quirúrgica más apropiada para su curación.

Al estudio del aneurisma están dedicados los dos artículos de que consta el capítulo veinte [35] del *Curso theorico-practico de operaciones de cirugia*. En los mencionados artículos se define la afección y se describen sus clases, signos diagnósticos, pronósticos y curación. Dedican Velasco y Villaverde un estudio especial al falso aneurisma o *tumor aneurismal*, indicando las técnicas quirúrgicas más apropiadas en cada caso [36].

En el último capítulo de la obra [37], el veintidós, se describen, a través de siete artículos sucesivos, las más precisas nociones teóricas y las variadas técnicas referentes a las amputaciones de miembros. En una *advertencia final* [38], hacen nuestros autores, para terminar, algunas breves consideraciones sobre el uso de miembros artificiales.

RESUMEN

Se analiza la obra quirúrgica de los doctores Diego Velasco y Francisco Villaverde, titulada "Curso theorico-practico de operaciones de Cirugía", que sirvió de texto en los Reales Colegios de Barcelona y Cádiz, contribuyendo a la enseñanza y auge científico de la Cirugía española en la segunda mitad del siglo XVIII.

Para su descripción, se agrupan los capítulos contenidos en esta obra en cuatro partes: Cirugía general, Cirugía cráneofacial, Cirugía toracoabdominal y Cirugía urogenital, dando de cada una de ellas una referencia general.

[33] Págs. 265-266.
[34] Págs. 513-526.
[35] Págs. 484-512.
[36] En este capítulo no hemos encontrado mención a la obra de Fragoso, fundamental por lo que al tema de este capítulo concierne.
[37] Págs. 527-553.
[38] Págs. 551-553.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 402 - TOMO LXVIII
SEPTIEMBRE 1959
SECCIÓN VARIA

ANTE EL SEGUNDO CENTENARIO DEL DOCTOR GASPAR CASAL, EL HIPOCRATES ESPAÑOL DEL SIGLO DIECIOCHO

SU PERSONALIDAD, SU OBRA Y SU TIEMPO. — CASAL PRECURSOR

POR EL

DR. CÉSAR FERNÁNDEZ-RUIZ

DE LAS REALES ACADEMIAS DE MEDICINA Y BELLAS ARTES DE VALLADOLID

PALENCIA

«No muere el hombre si su muerte vive.» (LUCANO.)

LA Asturias del setecientos, siglo de absoluto marasmo de la medicina española, cuando no hay aquí nombres que puedan compararse a los extraños, proyecta hacia el mundo, desde la señorial ciudad norteña, dos figuras singulares, contemporáneas e inseparables: *D. Gaspar Casal y Julián* (1680-1759 y el *Padre Feijoo* (1676-1764). Ni uno ni otro nacieron en tierras del principado, pero afincaron en ellas el tiempo suficiente para destacar su recia personalidad, que iba a ser «universal», y para enamorarse con entrañable pasión del verdor lleno de vida de su suelo, de la nubosidad del cielo propicia a la meditación, y del cariño y respeto ungidos de admiración de los hombres que les rodearon; hombres que, como el paisaje, a veces suave, a veces áspero, cuando hablan, como cuando cantan, lo hacen con el corazón, de verdad. A los dos les pasó con aquella «tierra de adopción» lo que a Salvador Rueda:

¡Verdes montañas asturianas,
valles cual tiernos regazos,
sólo una vez os he visto
y ya no puedo olvidaros!

Oí hablar por primera vez de Casal a don Fermín Canella, su biógrafo, en la tertulia de la botica de Colunga, siendo yo estudiante; amigo de mi abuelo, quería con este ejemplo estimular mi vocación por la Medicina. Con posterioridad a Canella apenas se añadió a la biografía de Casal más que el dato documental de su nacimiento en Gerona en diciembre de 1680, aportado por don Tomás Noguer, y aparte de esto todos sus comentaristas hacen el mismo retrato, presentándolo de médico en Atienza de Guadalajara por los años 1705 al 12, junto a su amigo Rodríguez de Luna, al que debió su formación fisicoquímica, y graduado Bachiller en Artes en 1713 en el Colegio universitario de Porta Celi, de Sigüenza, único título que la mayoría le reconocen siguiendo las opiniones de Canella y Marañón, porque

Hernández Morejón, aun sin datos concretos, dice que por los años 1713 al 17 que permaneció en Madrid realizó los estudios de Medicina en la Universidad de Alcalá. Por motivos de salud y económicos va en 1717, apoyado por el Duque del Parque, a establecerse en Oviedo, a la sombra de Feijoo, en donde realizó su obra, condensada en el famoso libro «*Historia Natural y Medicina del Principado de Asturias*», es Médico del Municipio y después del Cabildo ovetense y de sus Hospitales; y a sus setenta y un años vuelve a Madrid, esta vez con todos los honores, como médico de la Corte de Fernando VI, Protomédico de Castilla y Miembro de la Real Academia Médica Matritense, a cuyas altas distinciones no fue ajena, sin duda, su gran amistad con Feijoo y Sarmiento.

Pero a lo largo de esta vida hay unas etapas que singularizan la figura de Casal, haciéndola especialmente atractiva históricamente. Es la primera una cuestión todavía no resuelta; me refiero a si tuvo o no título facultativo superior al de Bachiller en Artes, diploma universitario, de aquella pobre y teorizante Universidad española, de la que según Canella y Marañón «se libró para suerte suya». Esta investigación está por hacer y es importante, porque si se admite que ejerció la medicina en 1706, contando por tanto veintiséis años, no se alcanza que aparezca examinándose para título elemental en 1713, según consta documentalmente, en acto presidido por el doctor don Benito Martínez Pedernoso.

Cierto que la Universidad de la época por su penuria científica era poco exigente, y anárquica e ineficaz la enseñanza, pero no me cabe duda que el título superior tuvo que serle preciso a Casal para ocupar los cargos de Médico del Municipio, Cabildo y Hospitales de Oviedo, para llegar nada menos que al Protomedicato encargado de ordenar el ejercicio profesional, para asistir a las personas reales, para relacionarse con eminentes figuras de la medicina francesa y para que el título de doctor aparezca en la portada de su obra, publicada después de su muerte por García Sevillano, su compañero de la Real Facultad, del Protomedicato y de la Academia, sin cuyo título se admite difícilmente su relación profesional con Piquer, Suñol y Virgili, las figuras cumbres de la medicina española del momento. Para mí, sin saber cómo ni cuándo lo adquirió, Casal necesitó ser legalmente doctor con anterioridad al 1717, cuando contando treinta y cuatro años, casado y con hijos llegó a Oviedo, aquel «Oviedo nuevo Noé en el diluvio del africano soberbio» que dice Lope de Vega.

Y aquí, en Oviedo, se desarrolla la etapa fundamental de su vida personal y científica, porque en Asturias casó por segunda vez, y allí nacieron algunos de sus hijos; y allí conoció al sabio polígrafo, un Feijoo inquieto y preocupado por los derroteros de aquella medicina curanderil, crítico severo de hombres y sistemas, amigo de los médicos aunque no de aquella medicina, experimentador e investigador insaciable; el que decía «que deberá confiar el mundo en los médicos cuando éstos desconfíen de sí mismos»; así era de escéptico el gran amigo y mentor de Casal, su gran hallazgo, porque aunque dispares en temperamento, Casal halló en el sabio fraile y maestro el faro que alumbró el camino de sus investigaciones, el estímulo en la tarea, el báculo en el que se apoyó con firmeza para alcanzar la cumbre del saber médico de la centuria; la centuria que se salva en España —dice Marañón— sólo por Piquer y Casal, porque Casal sólo hubo uno, y fue gloriosísimo. Y claro es, a través de Feijoo le llegó la amistad y protección del Padre Sarmiento, de gran relieve en el mundo científico de la Corte.

Esta influencia se desarrolló en las diarias reuniones de la histórica celda del Convento de San Vicente, aquel selecto «ateneo» que, al modo de las tertulias científico-literarias y políticas de las boticas, *constituyó el germen fructífero de la*

Academia de Ciencias Médicas del Principado, que ya sugiere Casal en su obra, orgullo y honor de Asturias y de España, que casi sólo a través de aquella celda conventual de Oviedo pudo asomarse al mundo cultural europeo sin rubor y con arrogante dignidad.

Nuestro médico recorre pueblos y comarcas astures prestando el auxilio de su ciencia con tal éxito que, al decir de Constantino Suárez, «remedió la elevadísima mortalidad que causaban los curanderos improvisados», plaga del país; y al curar, observa y estudia al hombre y a la naturaleza sin prejuicios, y en sus recorridos, no siempre cómodos, por las Regueras, Llaneras, Corvera, Cuerrias, Lena y Aller, se revelan, de un lado, su espíritu de «naturalista» que penetra con ilusión de enamorado en la entraña pizarrosa de los montes para descubrir y describir los yacimientos de «succino o ámbar asturiano»; y su «genio creador» al interpretar exactamente aquella enfermedad que, como una plaga, azotaba a los pueblos de Europa, el «Mal de la Rosa», resumido en *el «síndrome de las tres D: diarreas, dermatitis y demencia»* como esquema de los trastornos digestivos, cutáneos y nerviosos que lo caracterizan, motivo de elevada mortalidad, y que *nadie hasta Casal* puso en relación etiológica con el consumo habitual del maíz, con la ausencia de alimentos frescos y nutritivos, de proteínas y grasas, y con la influencia estacional, «porque el Mal de la Rosa, como la golondrina, es aniversaria».

Este es su descubrimiento sensacional, porque *Casal, con sus enfermos de Asturias, dejó establecido hace exactamente doscientos años el trascendental capítulo de las enfermedades por carencia nutritiva (avitaminosis)*. La experimentación clínica le dio la razón: le bastó sustituir aquella dieta habitual unilateral por otra más variada, fresca y nutritiva, para lograr, como dice Peyri, el ideal de todo investigador médico «que dos siglos después de su descubrimiento la enfermedad, prácticamente, se ha extinguido». La moderna investigación ratifica el contenido doctrinal de Casal, y a ella contribuyó en parte otro ilustre asturiano y fisiólogo, F. Grande Covián, con sus experiencias sobre la «pelagra» o «enfermedad de Casal».

Los trabajos del médico ovetense eran econocidos en París por su correspondencia con médicos famosos vecinos, y Thiery los presentó en un informe ante la Academia Francesa en 1755; en Italia los siguen Pujati, Zanetti (1769), Frapolli (1771), Strambio (1786), Fangazo (1804). En Asturias son continuados por Roel (1886), con quien vino el profesor Landouzy, en 1863, a estudiar la «enfermedad de Casal». Es decir, que *«Casal formó escuela» de repercusión europea*, que hace reconocer sin excepción la primacía de sus estudios, que si bien proceden de 1735 no fueron publicados en su libro hasta 1762, libro en el que con estilo sobrio, elegante, sencillo y preciso se describen el clima, el suelo y las enfermedades endémica y epidémicas regionales, se trata de la lepra, del bocio, de la tuberculosis, de la histeria, etc., y con esto significo que *la obra de Casal es mucho más que «el Mal de la Rosa»: es la obra de* un gran «naturalista» y de un gran «médico humanista».

¿Cuál fue la filiación médica de Casal? Esto es, a mi juicio, lo más importante para valorar su obra. Se le llamó «el Hipócrates español», y, efectivamente, fue un hipocrático, seguidor de aquel príncipe de la clínica que fue Boerhaave. Su motivo de estudio, el hombre integral, y su medio, la naturaleza. El método de trabajo, el razonamiento inductivo y la experimentación.

Nos lo dice el mismo Casal: «referir sinceramente lo visto y palpado, sin mentiras, sin ambición, sin amor propio, sin afición a opiniones, sistemas, hipótesis y lógicas cavilaciones». Y aquí está su mérito extraordinario, porque universitario o no, Casal tuvo la suficiente personalidad e independencia de criterio para huir del

lastre del «saber oficial» basado en teorías, elucubraciones y fantásticos sistemas para explicar los fenómenos vitales, y para seguir el rumbo del retorno al hipocratismo, al Renacimiento de la medicina por la experimentación y la valoración de las fuerzas naturales, porque aquel setecientos fue el siglo hipocrático por excelencia. Parodiando la frase famosa de Haller al aventurero Casanova, diríamos que «Casal nació médico, como Homero nació poeta». Y esto sucedía cuando la penuria universitaria hacía al profesor Martín Martínez denunciar la ignorancia médica; cuando Feijoo habla de los estragos que ocasiona la imaginaria inseguridad de la medicina; cuando, según Comenge, en cátedras y academias se apedreaba la majestad y pompa de la ciencia médica, y descalabra el buen sentido con textos impertinentes, fruto de una erudición malsana. En una época descreída, racionalista, ambiciosa y agitada, dominada por el afrancesamiento; en el siglo heredero de Vallés, de Vives, de Francisco Sánchez, de Pedro Valencia,, iniciadores de la filosofía crítica, algunos excépticos, y hasta rebeldes, porque empiezan a creer en la experimentación, que Vallés propugnara antes que Bacón y Descartes; cuando se inicia la liberación de las conciencias y se prepara en Europa la base de los métodos del razonamiento y del trabajo científico: *tal fue el siglo de Casal, y de ello resulta su mérito sobresaliente y su singular personalidad científica.*

Una última etapa es la de médico de la Corte, pero ya es viejo, tiene setenta y un años, y sólo va a recibir honores; su obra estaba terminada. Pero todavía llegó a tiempo de dar su consejo en las últimas enfermedades del impotente y melancólico Fernando VI, aquel rey que murió de tanto amar, víctima de un ictus, y a su único amor, la reina doña Bárbara de Braganza, estéril y muerta de una carcinomatosis uterina. Poco después fallece D. Gaspar Casal, un diez de agosto de 1759. A Casal, «precursor», le faltó, como suele suceder a todo lo español cuando es bueno y humilde, la debida resonancia dentro de España misma. No olvidemos que a Cajal nos lo descubrieron los extraños.

Si al decir de Unamuno «con madera de recuerdos armamos las esperanzas», el recuerdo de Casal permitirá esperar nuevos descubrimientos tan auténticamente españoles como el suyo. Si como quiere Benavente «el genio es el premio de un gran trabajo», no hay duda de que Casal lo fue. En todo caso, ante su nombre glorioso pensamos con Lucano que «no muere el hombre si su muerte vive». Y vive la muerte de Casal en su doctrina de las carencias nutritivas, brillante capítulo de la moderna patología. Por lo demás, ya lo dijo Musset. «la gloria es planta tardía, amiga de las tumbas»; o como quiere Cajal «un olvido aplazado». Nuestra misión es reparar este olvido.

(De «*Yatros*». Oviedo, 1959.)

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 403 - TOMO LXVIII
OCTUBRE 1959

HEMORRAGIAS FATALES EN EL PARTO, PRODUCIDAS POR DEFECTOS DEL MECANISMO DE LA COAGULACIÓN DE LA SANGRE

AFIBRINOGENEMIA. FIBRINÓLISIS. ANTICOAGULANTES EN LA SANGRE

POR EL

DR. ANTONIO RAMÓN Y VINÓS

ZARAGOZA

La mortalidad por hemorragia durante y después del tercer período del parto es actualmente el problema número uno de la Obstetricia. La separación de la placenta es el momento más peligroso. Se rompen grandes vasos úteroplacentarios y queda después una gran superficie magullada en el interior del útero, lleno de sangre y que presenta difíciles y particulares condiciones para una hemostasia perfecta. La cesación de la hemorragia en el parto depende de varios factores: el más importante es la oclusión mecánica de los grandes vasos sanguíneos maternos por la contracción y retracción de las fibras espirales musculares del útero.

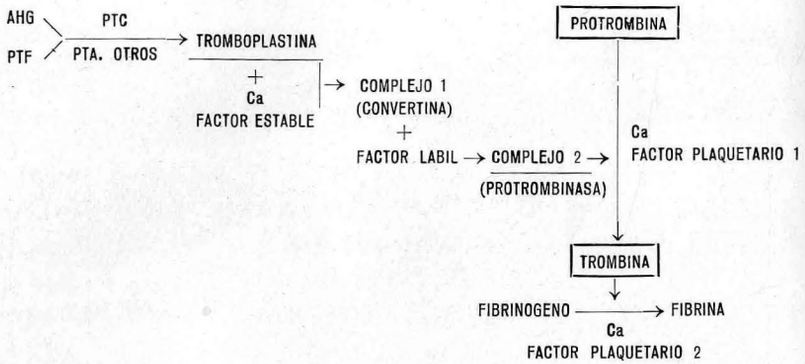
Pero el segundo mecanismo de hemostasia, de menor importancia, es el cierre de estas heridas vasculares por la formación de macizos trombos de fibrina (trombosis de los vasos). En el parto normal, en el momento de desprenderse la placenta, la gran cantidad de tromboplastina que se encuentra en la placenta y decidua, es derramada en los espacios sanguíneos retroplacentarios y convierte rápidamente la protrombina de esta sangre en trombina activa, la que actúa sobre el fibrinógeno formando grandes coágulos de fibrina en la herida placentaria; pero la actuación de esta tromboplastina es local; se limita, en el parto normal, a la sangre retroplacentaria.

La división clásica de las hemorragias del alumbramiento es preciso sustituirla por otra clasificación: 1.º *Hemorragia atónica.* 2.º *Hemorragia traumática.* 3.º *Hemorragia por defecto de coagulación.* 4.º *Hemorragia por hipervolemia local o trastornos hemodinámicos.*

LA TEORÍA CLÁSICA DE COAGULACIÓN DE LA SANGRE

La tromboplastina, el calcio y el factor estable se combinan para formar un complejo el cual, por sí mismo, es incapaz de transformar la protrombina en trombina; por la adición del factor lábil se forma el complejo 2, ó protrombinasa, el cual rápidamente provoca la conversión de la protrombina en presencia del calcio. La trombina naciente actúa a su vez sobre el fibrinógeno y lo convierte en fibrina (DE STEFANINI y DAMESHEK) [1].

Conferencia pronunciada en la sesión científica del 26 de febrero de 1959, de la Sociedad Ginecológica Española (Sección del Ebro).



ESQUEMA NÚM. 1. — LA TEORÍA CLÁSICA DE LA COAGULACIÓN DE LA SANGRE

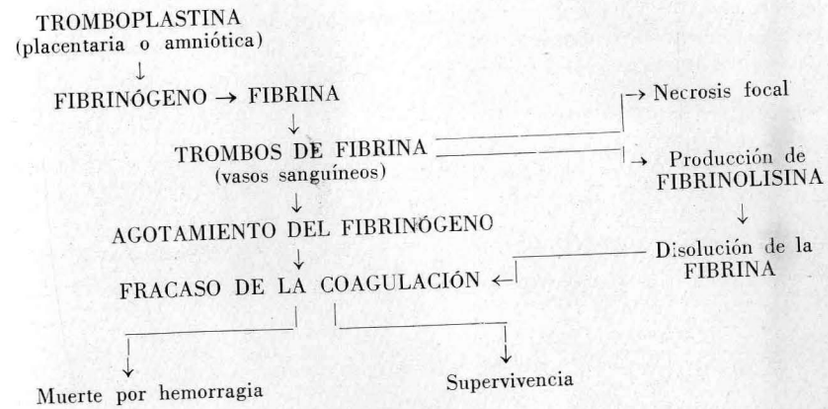
Es preciso destacar que la tromboplastina es el factor decisivo que pone en marcha el mecanismo de la coagulación. Normalmente no hay tromboplastina libre en el plasma sanguíneo; está preparada en las plaquetas. El plasma desprovisto de plaquetas no puede coagular. La otra fuente de tromboplastina se encuentra en los tejidos. Se ha demostrado que los tejidos con gran riqueza de sangre son muy ricos en tromboplastina, como el pulmón, placenta y decidua uterina. Tampoco hay en la sangre cantidades apreciables de trombina, y las pequeñas cantidades que se forman están neutralizadas e inactivadas por la heparina circulante.

Afibrinogenemia o hipofibrinogenemia

La afibrinogenemia es la falta absoluta de fibrinógeno, y la hipofibrinogenemia o fibrinogenopenia es la reducción del fibrinógeno en el plasma. Puede ser congénita o adquirida. En Obstetricia es generalmente adquirida y responde a los siguientes mecanismos: *a*) Deficiente formación de fibrinógeno por el hígado; *b*) Por coagulación intravascular con agotamiento del fibrinógeno; *c*) Por la digestión y destrucción del fibrinógeno por enzimas fibrinolíticos o proteolíticos.

Las hemorragias por defecto de la coagulación de la sangre, por fortuna, no son frecuentes; las estadísticas oscilan entre un caso cada dos mil a tres mil partos; pero en esta complicación obstétrica la mortalidad es muy elevada si no son diagnosticados y tratados a tiempo. La vida o la muerte de la parturiente depende de los conocimientos y de la actiud del tocólogo. DE LEE [2] describió en 1901 el primer caso de muerte por diátesis hemorrágica debida a un trastorno como hemofílico. DIECKMAN [3], veinte años después, sugiere que estas hemorragias incoercibles deben su origen a una afibrinogenemia. MALONEY [4] publicó un caso tratado con éxito por la inyección intravenosa de fibrinógeno. Desde entonces se publican estadísticas con creciente frecuencia, en particular en las clínicas norteamericanas.

A. *Apoplejía úteroplacentaria de Couvelaire.*—La consideramos como la forma subaguda de la afibrinogenemia. Es la más grave del desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada, porque la hemorragia tiene lugar en el interior del músculo uterino y tejidos vecinos; se presenta del diez al veinte por ciento de los casos de grandes despegamientos de la placenta. Parece tener relación con la toxemia gravídica y con lesiones del endotelio vascular. La antigua clasificación de DIECKMAN de formas benignas, no tóxicas, y graves con participación tóxica, debemos actualmente sustituirla por «abruptio placentae», con defectos o sin defectos de la coagulación de la sangre. Se observan trastornos de la coagulación en el diez por ciento de estos casos.



ESQUEMA N.º 2. — MECANISMO DE LA AFIBRINOGENEMIA.

Ha sido descrito por SCHNEIDER [5], y en él demuestra que la tromboplastina de la decidua y placenta, favorecida por violentas contracciones uterinas que determinan una gran presión intrauterina, penetra por los senos sanguíneos uterinos abiertos en el desprendimiento precoz de la placenta y pasa a la circulación general. Esta tromboplastina activa la protrombina de la sangre materna y produce la coagulación intravascular, el llamado embolismo de fibrina, el cual empieza en los vasos del útero, pero puede alcanzar los capilares del pulmón, riñón, cerebro y vasos mesentéricos. Como consecuencia, se consume el fibrinógeno circulante y su resultado es la afibrinogenemia y el fallo del mecanismo normal de la coagulación de la sangre y la presentación de fatales hemorragias que no responden a las maniobras o medios hemostáticos clásicos en Obstetricia.

Experimentalmente se ha demostrado que la inyección intravenosa de material tromboplastínico, y aun los desgarros o dislaceraciones de la placenta provocados a voluntad, determinan una afibrinogenemia, resultando la sangre incoagulable.

CASO N.º 1. — M. B. Z., de 32 años de edad, grávida IV. Primer parto, prematuro, de siete meses; murió a continuación. Segundo, prematuro de seis meses, nacido muerto. Tercero, prematuro de ocho meses, nacido muerto. Embarazo actual, no recuerda la fecha de la última menstruación.

Ingresa en la Maternidad Provincial (Servicio de la Facultad de Medicina) en junio de 1945, con una gran hemorragia genital. Pulsaciones, 150 por minuto; tensión sanguínea, 20-12; hematíes, 2.060.000; edemas, anuria e hipertensión. Utero grande y tenso; no se perciben los latidos fetales. Dolor continuo y contracciones sin pausa.

Intervención: Laparotomía. Encontramos un útero al parecer de término, con gran tensión intrauterina. Infiltrado hemorrágico del útero, en su pared anterior, con hematomas localizados y petequias; la infusión hemorrágica se extiende hasta los anejos y alcanza el parametrio derecho, dando la imagen típica del útero de Couvelaire. Extracción de un feto muerto, de unos seis meses, de desarrollo intrauterino, acompañado y seguido de numerosos coágulos negros. Histerectomía. La abundante transfusión de sangre no pudo impedir la muerte por shock.

ESTUDIO HISTOLÓGICO DEL ÚTERO (Figuras 3, 4, 5 y 6)

B. *Embolismo de líquido amniótico.*—La consideramos como la forma aguda de la afibrinogenemia. Por fortuna, es poco frecuente. Se presenta en forma de shock de evolución muy rápida. Los elementos amnióticos se detienen en los capilares del pulmón; su sintomatología es la de la embolia pulmonar, con gran disnea, cianosis y generalmente termina con la muerte rápida. Además de estas dos for-

mas clásicas, se publican casos de afibrinogenemia en la eclampsia y preeclampsia grave, shock quirúrgico, embarazo extrauterino, partos normales precipitados, partos inducidos pon pitocín, cesáreas y traumatismos quirúrgicos.

Diagnóstico de la afibrinogenemia.—Al ingresar la paciente en la sala de partos se colocan 5 c. c. de sangre en un tubo de ensayo seco y limpio, y se observa el coágulo. Esta sencilla prueba es suficiente para indicar la ausencia o presencia



FIG. 3.—APOPLEJÍA ÚTEROPLACENTARIA. SE APRECIA DENTRO DE UNA VENA UN COÁGULO RECIENTE DE FIBRINA; A TRAVÉS DE SU PARED, QUE PRESENTA INTENSA DESTRUCCIÓN DEL ENDOTELIO, LA SANGRE SE HA DERRAMADO E INVADE LOS HACES MUSCULARES VECINOS EN UNA GRAN EXTENSIÓN. LAS ZONAS OSCURAS REPRESENTAN LA SANGRE DERRAMADA. LAS PÁLIDAS SON HACES MUSCULARES EN DEGENERACIÓN.

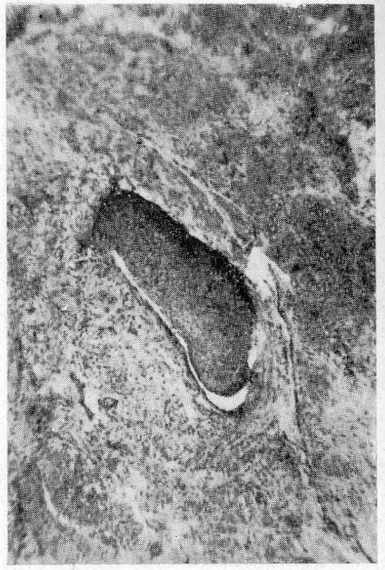


FIG. 4.—APOPLEJÍA ÚTEROPLACENTARIA. VOLUMINOSO TROMBO INTRAVASCULAR DE ALGUNOS DÍAS DE EVOLUCIÓN. COMIENZA LA ORGANIZACIÓN DEL TROMBO, REVELADO POR LA INVASIÓN DE FIBROBLASTOS Y DE LEUCOCITOS.

de fibrinógeno. Si se sospecha la deficiencia de fibrinógeno, se practica la prueba de Pritchard y Ratnoff [6]. Si añadimos a la sangre dos gotas de trombina, del comercio, excluímos todos los factores anteriores a la transformación del fibrinógeno en fibrina, y el resultado es la formación instantánea de un coágulo. Si no se produce coágulo o se forma un coágulo débil, deduciremos deficiencia de fibrinógeno. Si se precisa la determinación cuantitativa, se remite la sangre a un laboratorio de hematología.

Tratamiento causal de la afibrinogenemia.—Hay que vaciar el útero lo más pronto posible. La maniobra más sencilla es la amniotomía, con lo que generalmente cesa la defibrinación, lo que demuestra la importancia de la aumentada

presión intrauterina en este proceso. Esta sencilla maniobra pone en marcha el parto dentro de las próximas horas, por lo menos en el 88 por ciento de estos casos. Cuanto más tiempo se retenga la placenta en el interior del útero, mayor es el riesgo de aparición de los trastornos de la coagulación, con el peligro de hemorragia masiva, shock y necrosis cortical del riñón. Si el defecto de la coagulación persiste, la histerectomía es peligrosa. Si el defecto es eliminado, la histerectomía es innecesaria. La cesárea y la histerectomía no son precisas en la mayor



FIG. 5.—APOPLEJÍA ÚTEROPLACENTARIA. GRAN TROMBO YA VIEJO, ORGANIZADO Y DESPRENDIDO, DENTRO DE UN ENORME SENO SANGUÍNEO. LOS HACES MUSCULARES VECINOS NO REVELAN INVASIÓN DE SANGRE.

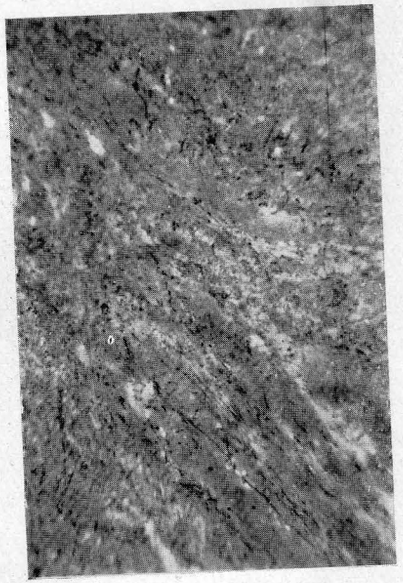


FIG. 6.—APOPLEJÍA ÚTEROPLACENTARIA. EXTENSA ZONA MUSCULAR INVADIDA POR SANGRE COAGULADA. SE APRECIA CLARAMENTE UN PUNTEADO FORMADO POR PIGMENTO DE HEMOSIDERINA —PRODUCTO DE DESINTEGRACIÓN DE LA HEMOGLOBINA—, LO QUE ACAECE VARIOS DÍAS DESPUÉS DE LA FORMACIÓN DEL COÁGULO.

parte de las veces. La operación aumenta el peligro. La ruta abdominal debe reservarse para las indicaciones obstétricas clásicas. La histerectomía, sólo para casos excepcionales.

Tratamiento sintomático.—Después de la rotura de la bolsa de las aguas, hay que tratar o evitar el shock con las transfusiones de sangre. Se admite que en la mayoría de los casos 1.500 c. c. de sangre son suficientes para evitar la aparición de shock, elevar el valor del hematócrito y la hemoglobina. Cuando la sangre es incoagulable, es necesario administrar de dos a seis gramos de fibrinógeno. La inyección de fibrinógeno es salvadora de la vida. Después de su administración, la hemorragia cesa dentro de los treinta a sesenta minutos.

Pero la sangre sola no es suficiente para restaurar el nivel del fibrinógeno en la sangre. El plasma humano contiene de 250 a 400 mgr. de fibrinógeno por

100 c. c. de plasma. El límite crítico en que las hemorragias aparecen, parece ser el de 150 mgr. por 100 c. c., y al llegar a este límite la sangre no se coagula. Una unidad de sangre (500 c. c.) contiene únicamente 1'4 gr. de fibrinógeno, lo que aumenta la concentración del fibrinógeno en la sangre no más de 5-10 mgr. por ciento; por esto es necesario añadir fibrinógeno. Una complicación que es preciso conocer y que se presenta en el cinco por ciento de todos los casos tratados con fibrinógeno, es la ictericia de suero homólogo.

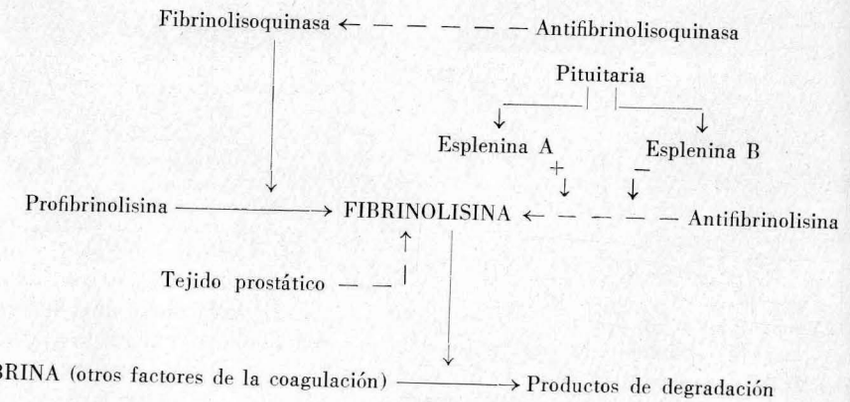
TOWNSEND [7] publica quinientos ochenta y ocho casos de separación prematura de la placenta entre treinta y cuatro mil cuatrocientos partos, sin mortalidad materna. Practica la cesárea en ocho casos, siete por indicaciones obstétricas puras y uno sólo por separación prematura de la placenta.

MC INTIRE [8] comunica los resultados del Departamento de Sanidad de Michigán, que proporciona fibrinógeno: de sesenta y cuatro casos de afibrinogenemia por desprendimiento placentario, sesenta respondieron bien. De veintiuna pacientes con hemorragia «postpartum», veinte curaron. De las cinco muertes, sólo una fue causada por hemorragia.

PAXSON y colaboradores [9] estudian la experiencia de un banco de fibrinógeno. De setenta y cinco casos, curaron sesenta y seis y murieron nueve, lo que resulta un 12 por ciento; pero parte de estas muertes fueron debidas, más que a las hemorragias directamente, al diagnóstico tardío, a nefrosis de la nefrona distal, necrosis cortical del riñón, hemorragia cerebral y shock.

FIBRINÓLISIS

Se entiende por fibrinólisis la destrucción enzimática de la fibrina, que sigue a la coagulación. Normalmente no se produce hasta pasadas las veinticuatro horas.



ESQUEMA N.º 7.—EL SISTEMA FIBRINOLÍTICO.

EL SISTEMA FIBRINÓLICO

La profibrinolisina que se encuentra en el suero y el plasma es activada a fibronolisina por una fibrinolisoquinasa (activador) que se encuentra en los tejidos, especialmente en útero, pulmón y páncreas. La actividad de la quinasa es inhibida, probablemente, por algunos factores presentes en el plasma y en el suero y designado como antifibrinolisoquinasas. La fibrinolisina activa es inhibida por la antifibrinolisina, que se encuentra también en el plasma y en el suero. Finalmente, la fibrinolisina produce la lisis o disolución del coágulo de fibrina (DE STEFANINI y DAMESHEK).

Se distinguen tres formas clínicas de fibrinólisis:

A. *Fibrinólisis obstétrica.*—Del embarazo, del «postpartum» y del aborto. Parece que en el embarazo normal no hay activación del sistema fibrinolítico. En el parto se observa más bien un descenso de la actividad fibrinolítica y un aumento de los inhibidores.

B. *Fibrinólisis quirúrgica.*—Especialmente en cirugía de pulmón, y de una manera eventual, en la uterina.

C. *Fibrinólisis médica.*—Todas las hepatopatías.

También se observan fibrinólisis en quemaduras extensas, reacciones transfusionales por incompatibilidad de sangre, cirugía pancreática, anestesia basal, shock postoperatorio y en el curso del trabajo muscular. Parece ser debida a una descargade adrenalina, pues la inyección de adrenalina va seguida de una fiibrinólisis. MC FARLAN cree que la fibrinólisis puede aparecer en la reacción de alarma de Selye. También ha observado la fibrinólisis en los estados de ansiedad preoperatoria, en las fases preeclámpticas y en la hipertensión gravídica.

Fibrinólisis obstétrica:

A. *Retención intrauterina del feto muerto.*—Podemos considerarla como la forma crónica de la afibrinogenemia, y se presenta con más frecuencia cuando la muerte fetal sea debida a incompatibilidad del grupo sanguíneo entre la madre y el hijo, o una isoaglutinación Rh. Aunque en algunos de estos casos la hemorragia «postpartum» pueda atribuirse a la afibrinogenemia por coagulación intravascular, la mayoría de estas hemorragias, según creemos, son producidas por fibrinólisis, pues raramente la incoagulabilidad de la sangre se presenta asociada al desprendimiento de la placenta, ni tampoco en estos partos se observan contracciones uterinas violentas ni hipertonía uterina. Aquí, el shock y la hemorragia están producidos por la fibrinólisis. La fibrinolisina hidroliza y destruye el fibrinógeno.

PHILIP y colaboradores [10] demuestran la existencia de un enzima fibrinolítico, una citofibrinoquinasa en los extractos de miometrio, placenta y decidua, capaz de activar la profibrinolisina y desarrollar un rápido y grave fenómeno fibrinolítico. La actuación de la fibrinolisina recién formada produce trombocitopenia y fibrinogenopenia. La muerte fetal ocurre con frecuencia entre el cuarto y el sexto mes del embarazo, y después de tres o cuatro smanas de retenido el feto puede presentarse la anomalía de la coagulación, en cualquier momento, debida a la absorción del líquido amniótico, meconio o productos de la necrosis de la decidua y placenta (WEINER [11], REID [12]).

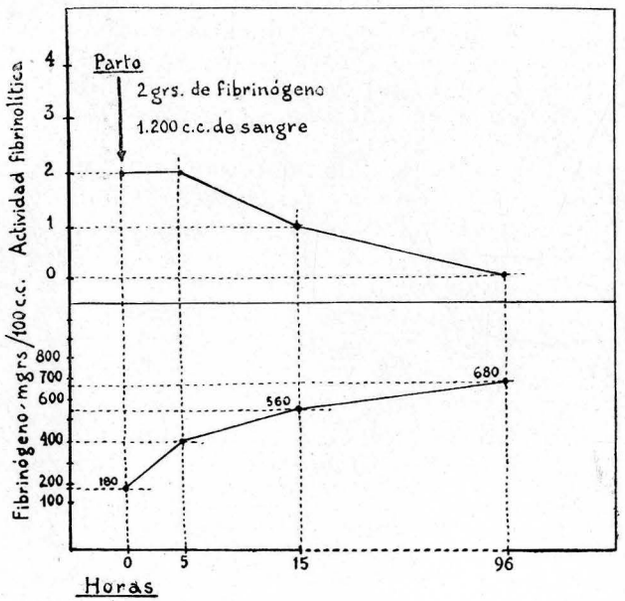
CASO N.º 2. — Octubre de 1952. M. N. O., de 37 años de edad. Sangre grupo 0. Grávida V. Primero y segundo embarazos, normales y partos de niños vivos. Tercer embarazo: se presenta una nefritis con gran cantidad de albúmina al séptimo mes; a los ocho meses, parto de un feto muerto. Cuarto embarazo: al séptimo mes aparece albúmina; en el octavo mes, desprendimiento prematuro de la placenta, que obliga a intervenir; feto muerto. Quinto embarazo, con albuminuria, hipertensión y edemas; a los cinco meses deja de percibir los movimientos fetales, permaneciendo retenido el feto hasta cumplir la novena falta, teniendo un parto normal, sin hipertonía y apareciendo un feto como de cinco meses de desarrollo. A los pocos minutos enorme hemorragia de sangre líquida, que obliga a practicar la extracción manual de la placenta, de aspecto normal. Se administran oxitócicos por vía intravenosa e intramuscular. La hemorragia no cesa; se practica una revisión del útero y un legrado instrumental del mismo y un tapo-

namiento úterovaginal sólido; sigue sangrando. Al final se extirpa el útero, falleciendo la enferma sin recobrarse del shock, a pesar de las continuadas transfusiones de sangre. En la intervención el útero aparece fuertemente contraído, sin infiltrado hemorrágico de la pared muscular. Las preparaciones microscópicas del útero no revelan coagulación intravascular ni lesiones de las fibras musculares. Unicamente un estasis de la circulación venosa.

CASO N.º 3. — C. M. O. Primípara de 29 años de edad. Al octavo mes de su embarazo comienzan los dolores de parto, con contracciones rítmicas y potentes. A la inspección se aprecia intenso edema de las extremidades inferiores y tensión sanguínea 18-11. No se percibían los latidos fetales y los movimientos no los acusaba desde unos días antes. En el reconocimiento existía dilatación cervical de cinco pesetas. Vértice. Ruptura espontánea de la bolsa de las aguas, saliendo gran cantidad de líquido amniótico claro, sin sangre. Pulso tenso y lento.

Al terminar el reconocimiento obstétrico, la paciente manifiesta progresiva pérdida de la visión, hasta llegar a la ceguera casi absoluta. El pulso se vuelve lento e hipotenso. Sospechando un edema de la retina, es trasladada a una clínica, donde tiene lugar el parto, fácil y muy rápido, de un feto muerto recientemente, sin señales de maceración. No hay desgarro de periné. Después de la expulsión de la placenta salen dos coágulos negros, alargados; al reconocer la placenta observamos en su centro dos depresiones profundas, alargadas, con el tejido placentario aplastado, por lo que practicamos una revisión manual del útero, quedando convencidos de no quedar restos placentarios. Oxitócicos por vía endovenosa e intramuscular. La hemostasia no es perfecta; continúa sangrando ligeramente. A los diez minutos, enorme hemorragia de sangre líquida, sin coágulos. Revisión instrumental de cuello de la vagina. La sangre sale por el cuello uterino y en sábana de las paredes vaginales. Pinzamos y ligamos los puntos que parecían sangrar, y la hemorragia cesa. A los pocos segundos se reproduce la hemorragia y practicamos entonces un fuerte taponamiento úterovaginal. Como el parto y el alumbramiento estaban controlados, sospechamos un defecto de la coagulación y solicitamos la colaboración del doctor RAICHS, a quien, al practicar la transfusión de sangre, le rogamos hiciese un examen de la coagulación de la sangre. De momento se formó el coágulo; pero a los treinta minutos comienza su disolución.

Estudio hematológico de la sangre, practicado por el doctor RAICHS.—Factores hemáticos: Sistema abo: Grupo 0; sistema Rh: Rh (D) +. Tiempo de coagulación, 10 minutos; tiempo de Howel, 7 minutos 10 segundos; tiempo de Quick, 19 segundos (N., 16 segundos). Actividad



GRÁFICA N.º 8. — EVOLUCIÓN DE LA HIPOFIBRINOGENEMIA Y DE FIBRINÓLISIS POR LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y DE LA ADMINISTRACIÓN DEL FIBRINÓGENO.

de protrombina, 95 por ciento. Consumo de protrombina, 25 segundos (N., 75 segundos). Fibrinógeno, 181 mgr. por ciento. Actividad fibrinolítica.

1) Observación directa del coágulo (a 37°). El coágulo comienza a redisolverse a los treinta y cinco minutos de finalizar la medición del tiempo de coagulación. A los sesenta minutos, el nivel de hematíes libres alcanza los dos tercios de la altura total hematíes-suero. A los ciento veinte minutos, la altura de los hematíes libres alcanza los tres cuartos de la altura total. En la observación ulterior, durante veinticuatro horas, persiste la misma situación, permaneciendo un diminuto coágulo sólido adherido a las paredes del tubo. No se observa hemólisis.

Damos las gracias al doctor RAICHS por su valiosa colaboración.

2) Método de Ratnoff (mod. Giulla). (0'4 suero pac. + 0'2 plasmanorm + 0'2 Ca.): Actividad fibrinolítica = 2 (lisis total a las treinta y seis horas).

B. *Abortos provocados por inyecciones intrauterinas de líquidos cáusticos.*—SOULIER y PETIT [13] han publicado un caso mortal, con estallido brusco de un síndrome hemorrágico generalizado, con hemorragias uterinas, epistaxis, hematuria, equimosis, etc., provocado por inyección intrauterina de agua de Javel.

Otros casos análogos han estudiado JACKSON y colaboradores [14] y MAYER y colaboradores [15], producidos por inyección intrauterina de agua jabonosa.

Diagnóstico de la fibrinólisis.—Para el tocólogo es suficiente la observación directa del coágulo, sometido a una temperatura de 37°; se cuenta el tiempo en que comienza a disolverse, al finalizar el tiempo de la coagulación, el nivel de los hematíes libres y la formación de un microcoágulo característico. Si no se aprecia bien el tamaño del microcoágulo, se vierte la sangre sobre un papel de filtro. A veces la fibrinólisis es tan intensa que la sangre resulta incoagulable. La fragmentación del coágulo se deberá a la hipofibrinogenemia cuando la concentración del fibrinógeno esté por debajo de la cantidad requerida para la formación del coágulo: 150 mgr.; en caso contrario, hará pensar en la fibrinólisis. Si se desean estudios más completos sobre la fibrinólisis, es preciso utilizar otros métodos: técnica de las pesadas sucesivas de fibrina de Favre y Gilly; las dosificaciones del poder fibrinolítico espontáneo en el suero y plasma o sobre un coágulo *standard* (fibrinógeno + fibrina), etc.

TRATAMIENTO

1.º *Tratamiento causal.*—Eliminar las causas de la actuación aguda de fibrinolisina, vaciando el útero. En la gran mayoría de los casos se consigue dominar el síndrome hemorrágico. Hay que abstenerse en lo posible de la histerectomía, pues en nuestros casos tuvo gran mortalidad.

2.º *Sustitución de las proteínas de la coagulación.*, que están desintegrándose por la actividad de la enzima proteolítica. Esto se consigue con abundante transfusión de sangre. Estas transfusiones son decisivas porque evitan el shock, que con frecuencia es mortal. Las transfusiones suministran además antifibrinolisina. Si se emplea sangre conservada, puede continuar y aumentar la hemorragia, por la posible aparición de una trombocitopenia, pues la sangre conservada en las vasijas corrientes es pobre en plaquetas, y para reemplazar la sangre perdida es preferible transfusión directa o sangre conservada en recipientes de plástico y utilizar conductores de plástico o siliconados, pues sólo en estas condiciones las plaquetas no se destruyen.

3.º *Reposición del fibrinógeno.*—Como ya dijimos, la cantidad de fibrinógeno de la sangre es insuficiente para reemplazar el fibrinógeno inutilizado en estas enfermas, y es precisa la inyección intravenosa de dos, cuatro o más gramos de fibrinógeno comercial. En casos muy graves son necesarios hasta ocho gramos.

4.º Parece que el *ACTH* y la *cortisona* inhiben la fibrinólisis. Se recomiendan 200 unidades de ACTH ó 400 mgr. de cortisona intramuscular, u 800 mgr. oral. La administración de ACTH es más recomendada.

Enfermedades hemorrágicas debidas a anticoagulantes circulantes

Normalmente existen varios mecanismos anticoagulantes para vigilar, hasta cierto punto, la velocidad y rendimiento de la formación de trombina y fibrina. El mejor conocido es la heparina, como anticoagulante fisiológico presente en la sangre. La segregan las células cebadas. Inhibe la coagulación de la sangre *in vivo* e *in vitro*. La función de la heparina es mantener líquida la sangre, neutralizando la trombina que pueda formarse. Cuando la sangre se extravasa, la heparina es neutralizada por la tromboplastina que liberan los tejidos lesionados, permitiendo actuar con libertad a la trombina recién formada.

Bajo ciertas condiciones patológicas, puede haber un exceso de anticoagulantes normalmente presentes, o pueden aparecer nuevos anticoagulantes, provocando síndromes hemorrágicos por varios mecanismos. Estos anticoagulantes pueden interferir con cualquiera de las fases del proceso de la coagulación de la sangre.

Clasificación.—Los anticoagulantes circulantes pueden dividirse en varias categorías, según su mecanismo de acción. En primer lugar, hay los anticoagulantes que *impiden la formación de tromboplastina.* Existen varias entidades en el grupo de las antitromboplastinas patológicas; cada una de ellas es capaz de inhibir específicamente un factor único o una fase única del proceso de formación de la antitromboplastina. Han sido observadas en pacientes afectos de tuberculosis, glomérulonefritis crónica, pénfigo, etc. También se han encontrado en la mujer durante el embarazo y poco después del parto, y en los hemofílicos, después de repetidas transfusiones. Raramente aparecen en individuos sanos y sin relación con el embarazo. Según Drenkin y Rosenthal [16], existen pruebas de que este tipo de anticoagulante se desarrolla como una respuesta inmunológica a un estímulo antigénico, como sucede en los hemofílicos después de repetidas transfusiones de sangre, plasma o globulina antihemofílica. Además, cuando se desarrolla una antitromboplastina durante o poco tiempo después de terminar el embarazo, se encuentra a menudo una incompatibilidad Rh entre la madre y el hijo, y entonces el anticoagulante se desarrolla como respuesta a la entrada de isoproteínas incompatibles procedentes del hijo en la circulación materna.

Vechielt [17] admite que el líquido amniótico puede contener un anticoagulante del tipo de la antitromboplastina, y esto supondría una incompatibilidad de grupo o tipo sanguíneo entre la madre y el hijo y explicaría no sólo la muerte del hijo, sino también la aparición del anticoagulante como una respuesta inmunológica. La expulsión del feto muerto permitiría la recuperación clínica, pero el anticoagulante puede persistir en la sangre bastante tiempo. Frick [18] ha publicado un caso interesante de una paciente que desarrolló una antitromboplastina durante su primer embarazo. El segundo hijo nació con una anomalía semejante del mecanismo de la coagulación, y el anticoagulante permaneció en la sangre del niño durante noventa días, demostrando que había llegado a la circulación fetal a través de la placenta.

La mayor parte de las antitromboplastinas actúan inhibiendo la formación de tromboplastina a partir de los factores del plasma y de las plaquetas; pero eventualmente se ha descrito en pacientes afectos de lupus eritematoso un anticoagulante que *impedía la actividad de la antitromboplastina.*

El tercer tipo de anticoagulante tiene una *actividad específica de tipo heparínico.* Aunque la hemorragia que aparece en curso del tratamiento por rayos X, isótopos radiactivos y mostazas nitrogenadas, se deba en gran parte a la trombocitopenia, a veces se puede atribuir al desarrollo de un anticoagulante de tipo heparínico. Schneider [19] produce un shock por inyección intravenosa de meconio, en perros. La sangre se vuelve incoagulable, pero los componentes de la coagulación, como el fibrinógeno, la protrombina y el factor lábil conservan plena actividad; es por lo que deduce que este shock es producido por la aparición, en este experimento, de un anticoagulante del tipo y actividad antitrombina de la heparina. Finalmente, otro grupo de enfermedades hemorrágicas comprenden las *disproteinemias.* En estos casos, además de otros mecanismos, la hemorragia proviene de la presencia en la sangre de un exceso de proteínas normales o anormales, que son capaces de fijar el calcio u otros factores de la coagulación, dificultando la conversión del fibrinógeno en fibrina.

Síntomas.—Estos pacientes presentan manifestaciones hemorrágicas graves, que consisten en el desarrollo de grandes hematomas subcutáneos, intramusculares, intraarticulares, epistaxis, hematurias, hematemesis, etc. Si el anticoagulante persiste, el paciente queda completamente inválido; el episodio final es una hemorragia cerebral o gastrointestinal incoercible.

Diagnóstico de laboratorio.—Todos los anticoagulantes provocan un grave trastorno del mecanismo de la coagulación de la sangre. El tiempo de coagulación en sangre total y en plasma nativo y recalcificado está muy alargado. La adición de plasma y sangre normales, que regulariza el tiempo de coagulación cuando hay falta de los factores de la misma, no logra hacerlo si existe un anticoagulante circulante. La definición del tipo de anticoagulante en cada caso individual requiere ulteriores pruebas de laboratorio.

Tratamiento.—Todos los anticoagulantes que impiden la formación de tromboplastina son, en general, permanentes, y el pronóstico es muy malo. Sin embargo, la antitromboplastina que se desarrolla en el embarazo tiene tendencia a desaparecer espontáneamente. Este anticoagulante puede pasar al feto a través de la placenta y permanecer en su corriente sanguínea durante varias semanas. El proceso natural de extinción del anticoagulante parece acelerarse con el ACTH o la cortisona. Si se presentan hemorragias en estos niños, también se benefician con este tratamiento.

En los casos en que el anticoagulante se desarrolla como respuesta a una isosensibilización, deben reducirse en lo posible las ulteriores transfusiones de sangre, por la posibilidad de estimular de nuevo la producción del anticoagulante.

Desde el punto de vista práctico, es preciso saber que la inyección intravenosa de 10 c. c. de una solución de sulfato de protamina al 1 por ciento, produce la inactivación y precipitación de la heparina y de otros anticoagulantes.

RESUMEN

Después de unas consideraciones generales sobre la coagulación de la sangre y sus trastornos, se presentan tres casos de hemorragias masivas en el parto. El primero es una apoplejía útero-placentaria, completado de un estudio histológico del útero. El segundo, sobre una supuesta fibrinólisis provocada por retención prolongada, dentro del útero, de un feto muerto. El tercero es un caso de una fibrinólisis demostrada hematológicamente en el parto de una enferma de toxemia gravídica y feto muerto. En la gran mayoría de estos casos es suficiente para su tratamiento: la amniotomía, la transfusión de sangre y la administración de fibrinógeno para

dominar la hemorragia. La cesárea abdominal, según nuestra opinión, debe practicarse atendiendo a las indicaciones generales en la Obstetricia, y la histerectomía, sólo en casos muy excepcionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. STEFANINI, M., y DAMESHEK, W.—«Enfermedades hemorrágicas». Editorial Científico Médica. Año 1957.
2. DE LEE, J. B.—*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 44, 785. 1901.
3. DIECKMAN, W. J.—*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 31, 734. 1936.
4. MALONEY, W. J.; EGAN, W. J., y GORMAN, A. J.—*New England J. Med.*, 240, 596. 1949.
5. SCHNEIDER, C. L.—*Surg. Gynec. Obstet.*, 92, 27. 1951.
6. PRITCHARD, J. A.; RATNOFF, O. D.—*Surg. Gynec. Obstet.*, 101, 467. 1955.
7. TOWNSEND, L.—*Obstet. Gynec.*, 10, 537. 1957.
8. MC INTIRE, J.—*Internat. Coll. Surgeons*, 25, 5. 1955.
9. PAXSON, N. F.; O'RIORDAN, J. P.; GOLLUB, S.; ALPIZAR, S., y RIESZ, P. B.—*Amer. J. Obstet. Gynec*, 75, 619. 1958.
10. PHILIPS, L. L.; MONTGOMERY, Jr.; HOWARD, C., y TAYLOR, Jr.—*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 73, 43. 1957.
11. WEINER, A. E.; REID, D. E.; ROBY, T.—*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 66, 475. 1950.
12. REID, D. E.; WEINER, A. E., y DIAMOND, L. K.—*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 66, 500. 1953.
13. SOULIER y PETIT.—*Revue d'Hematologie*, 1. 1952.
14. JECKSON y colab.—*Obst. Gynec.*, 5, 223. 1953.
15. MAYER, M.; DREYFUS, C., y BUGNARD, C.—*iGnecologie*, 138, 87. 1957.
16. DRESKIN, O. H., y ROSENTHAL, N.—*Blood*, 5, 46. 1950.
17. VECHIELT.—*Rev. Obstet. Ginec.*, 1953.
18. FRICK.—*Blood*, 8, 598. 1957.
19. SCHNEIDER, C. L.—*Amer. J. Obstet. Gynec.*, 69, 758. 1955.
20. FAVRE-GILLI; POTTON, F., y POTTON-LAFUME, M. M.—«La fibrinolyse et les diathesis hemoragiques fibrinolytiques». Lyón, 1952.
21. GUILHEM, P.; PONTONNIER, M.; BIERME, R., y DUCOS, J.—*Gynecologie et Obstetrique*, 56, 19. 1957.
22. ABREU, X. P.; PÉREZ ROCA, E., y PENICHE, R.—*Ginecología y Obstetricia de México*, 2, 111, 1957.
23. ROSENVASSER, J.—*Obs. y Gine. Lat. Amer.*, 15, 48. 1957.
24. LAVERGNE, J., y ABELLÓ, J.—*Rev. Cubana de Obs. y Gin.*, 18, 252. 1957.
25. ESTRADA, G.—*Gin. y Obs. de México*, 12, 315. 1957.
26. ACÜERO, y LUGO, T.—*Rev. Obs. y Gin.*, 2, 191. Caracas, 1957.
27. MARTÍ ALVAREZ-OSSORIO, I.—«Problemas fundamentales de la práctica obstétrica», por los profesores BONILLA MARTÍ y SALVATIERRA MATÉU. Valencia, 1957.
28. BROWNE, F. J., y MCCLURE BROWNE.—«Postgraduate Obstetrics and Gynaecology». London, 1955.
29. BOURNE, A. V., y WILLIAMS, L. H.—«Recent advances in Obstetrics and Gynaecology». Boston, 1958.

Dirección: Marina Moreno n.º 25. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 403 - TOMO LXVIII
OCTUBRE 1959

LAS PROPIEDADES HISTOQUÍMICAS DEL ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL

(NOTA PREVIA)

POR LOS DOCTORES

F. NOGALES-ORTIZ y J. BOTELLA-LLUSIÁ

MADRID

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos diez años, el adenocarcinoma endometrial ha sido objeto de un renovado interés, en especial en lo que a sus propiedades histoquímicas se refiere. Se ha podido demostrar su abundante riqueza en glicerofosfatasa alcalina [1, 6, 7, 8, 9], en ácido ribonucleico [6, 7] y, sobre todo, en *glucógeno* [2, 6, 7, 8]. También se ha investigado en esta neoplasia la existencia de otros enzimas, tales como dehidrogenasa succínica [7], beta-glucoronidasa [7] y otros, con resultado negativo.

Todas estas sustancias son componentes del endometrio normal en cuyo ciclo participan [8]. BOTELLA y NOGALES [3, 4] han estudiado el ciclo de la fosfatasa y del glucógeno, analizando sus relaciones recíprocas. MERLO (inédito) se ha ocupado también en los últimos tiempos del contenido de *mucopolisacáridos* ácidos y neutros en el estroma y en las glándulas durante el ciclo normal, estableciendo, así como anteriormente lo habían hecho RUNGE y su grupo [10], oscilaciones cíclicas de estos cuerpos.

El comportamiento del adenocarcinoma corporal uterino frente a los reactivos histológicos de la glicerofosfatasa alcalina, del glucógeno y de los mucopolisacáridos cobra así, en vista de los trabajos anteriores de nuestro grupo, un renovado interés. Por esta razón hemos emprendido los estudios de los que a continuación damos cuenta.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

Este es un estudio preliminar, que se basa en veinticinco endometrios que proceden del material de la Cátedra de Ginecología de la Universidad de Madrid. Diez casos eran piezas operatorias completas, mientras que en los quince restantes se trataba de biopsias obtenidas por microlegrado. Todo el material, incluído en parafina, fue estudiado con los métodos siguientes: hematoxilina-eosina, carmín de Best, ácido peryódico Schiff (P. A. S.), según el método de Hotchkiss-McManus, Alcian Azul-P. A. S. (A. A. P. A. S.) según RUNGE, EBNER y LINDENSCHMIDT [10], y gli-

cerofosfatasa alcalina (G. F. A.), según GOMORI. Los cortes teñidos con los métodos de los polisacáridos (P. A. S. y A. A. P. A. S.) fueron digeridos durante veinticuatro horas en la estufa, con amilasa salivar y con hialuronidasa (Kinaden Schering), poniendo de cada tipo de coloración tres preparaciones, una que se dejaba sin tratar, otra que se digería con amilasa y otra con hialuronidasa.

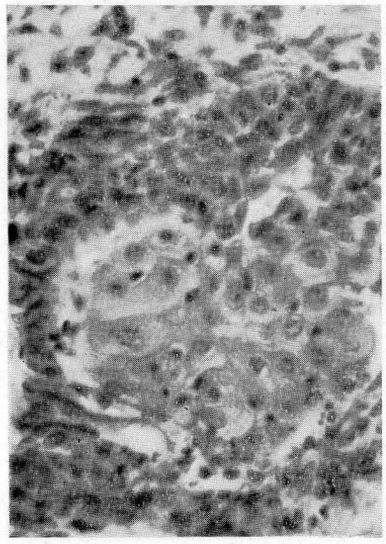


FIG. 1.—ADENOACANTOMA, HEMATOXILINA-EOSINA. ESTRUCTURA EN CORDONES MACIZOS. RECUERDA EL EPITELIO PLANO POLIESTRATIFICADO DE LA «PORTIO». (450 x.)



FIG. 2.—ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL BIEN DIFERENCIADO DE ESTRUCTURA GLANDULOIDE. P. A. S. SIN DIGESTIÓN. COLORACIÓN ROJO-GUINDA EN EL POLO MUNDIAL DE LAS CÉLULAS GLANDULARES (450 x). LA DIGESTIÓN CON AMILASA HACÍA DESAPARECER TOTALMENTE ESTA COLORACIÓN, LO QUE DEMUESTRA QUE SE TRATABA DE GLUCÓGENO.

III. RESULTADOS

Los resultados se analizan en la tabla I. Ante todo, debemos decir que veinte casos (80 por ciento) eran adenocarcinomas glanduloides, mientras que en cinco casos restantes (20 por ciento) se trataba de *adenoacantomas* con estructura pseudopoliestratificada y con una diferenciación que recuerda la de los carcinomas aplanados de la *portio* (fig. 1). El adenoacantoma es, pues, bastante frecuente, si bien GALBIS [6], en doce casos, dice no haber hallado ninguno. De los veinte casos de adenocarcinoma puro, once eran carcinomas diferenciados, con su estructura glandular bien conservada y con la luz bien visible, mientras que nueve eran adenocarcinomas anaplásticos o indiferenciados, si bien en ellos la estructura glandular era siempre clara. La proporción está, por lo tanto, prácticamente equilibrada.

A) *Glucógeno.*—La riqueza en glucógeno se juzga del examen conjunto de las preparaciones teñidas con Best, P. A. S. y A. A. P. A. S., después de ser digeridas con amilasa las dos últimas. En este aspecto, nuestras investigaciones son más precisas que la de los autores antes citados [2, 6, 7, 8], ya que ellos recurrían sólo

a un método y no a tres. Examinando la tabla, nos llama la atención el que sólo cuatro casos (16 por ciento) no tenían glucógeno, mientras que ATKINSON [2] afirma haber encontrado glucógeno sólo en un 30 por ciento de los adenocarcinomas endometriales indiferenciados y en el 50 por ciento de los diferenciados. Nuestra proporción de hallazgo glucogénico es mucho mayor. Tampoco es cierto que los carcinomas diferenciados contengan más glucógeno que los indiferenciados. Si bien es cierto que de los casos glucógenonegativos tres eran indiferenciados y sólo uno diferenciado, en cambio, la intensidad de la reacción, según nosotros la hemos clasificado en una, dos y tres cruces, no parecía guardar relación con el tipo histológico (véase tabla).

TABLA I

CASO N.º	TIPO HISTOLÓGICO	GLUCÓGENO	G. F. A.	MUCOPOLISACARIDOS ÁCIDOS	MUCOPOLISACARIDOS NEUTROS	OBSERVACIONES
13.307	indiferenciado	+	—	+	+ +	
13.260	diferenciado	+ + +	+ +	+ +	—	Mucina en secrec.
13.249	indiferenciado	+ + +	+ + +	+ +	—	Adenoacantoma
13.407	indiferenciado	+ + +	—	+ +	—	Mucina en secrec.
13.459	indiferenciado	—	+ + +	+	+ + +	
13.542	indiferenciado	+ +	+	+	+	
13.583	indiferenciado	+ + +	+ + +	—	—	Gluc. irregular
13.617	diferenciado	—	+ + +	—	+	
13.650	diferenciado	+ + +	+ + +	+	+	Gluc. irregular
13.719	indiferenciado	+ +	+ +	+	+ +	Adenoacantoma
13.721	indiferenciado	—	+ +	—	—	
13.818	indiferenciado	—	+ +	—	+ +	Adenoacantoma
13.855	diferenciado	+ + +	+ +	+ +	+ +	
14.039	indiferenciado	+	+ + +	+ + +	+ + +	Mucina en secrec.
14.099	diferenciado	+ + +	+ +	+ +	—	
14.409	diferenciado	+ +	—	+ +	—	Mucina en secrec.
14.464	diferenciado	+ + +	+ +	—	—	
14.511	indiferenciado	+ +	+	+ +	+	Adenoacantoma
14.987	diferenciado	+ +	+	+ +	+	
15.031	indiferenciado	+	+ + +	+ +	+ +	
15.041	indiferenciado	+ + +	+	—	—	
15.049	diferenciado	+	+ + +	—	—	
15.068	indiferenciado	+ +	—	—	+	Adenoacantoma
M 3.211	diferenciado	+ + +	+ +	+	—	
M 3.383	diferenciado	+ + +	+ +	+	—	

Finalmente, digamos también que los adenoacantomas contienen glucógeno, no sólo en su zona glanduloide, sino también en la zona seudopavimentosa. En la zona glanduloide la distribución es igual que la distribución en el endometrio; pero en la zona de epitelio plano, la distribución es semejante a la de la zona intermedia del pavimentoso de la vagina y de la *portio*.

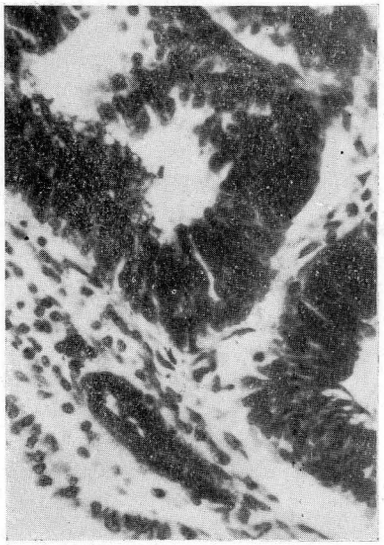


FIG. 3.—ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL DEL MISMO TIPO HISTOLÓGICO QUE EL ANTERIOR. COLORACIÓN DE GOMORI PARA LA G. F. A. FUERTEMENTE POSITIVA EN EL EPITELIO GLANDULAR EN TODA SU ALTURA. (450 x.)

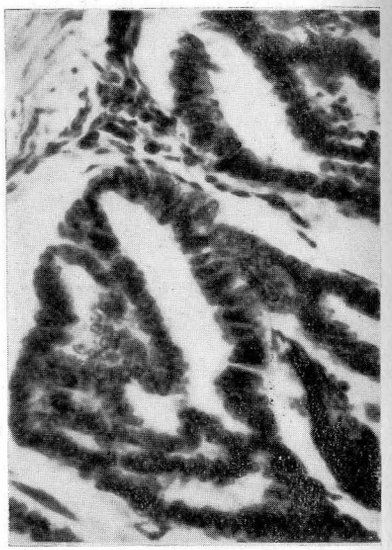


FIG. 4.—ZONA HIPERPLÁSICA NO MALIGNA EN UN ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL. COLORACIÓN DE GOMORI. LA G. F. A. ES POSITIVA EN TODO EL EPITELIO, MOSTRANDO QUE SE TRATA DE UNA HIPERPLASIA ACTIVA. (450 x.)

El glucógeno en los adenocarcinomas endometriales existe casi siempre en considerable cantidad, pero su reparto es *muy desigual*. Hay zonas del tumor muy ricas y otras totalmente carentes de este carbohidrato. No encontramos que exista una relación entre el tipo de diferenciación de una determinada zona y su carga de glucógeno. El polisacárido de referencia suele estar lo mismo localizado en el espesor del epitelio (fig. 2) que en la luz de las glándulas, y dentro de aquél, lo mismo en el polo basal que en el polo mundial.

B) *Glicerofosfatasa alcalina.*—Distintos autores han referido la existencia de este fermento en el adenocarcinoma endometrial, pero no lo han hallado de modo constante [1, 7, 8, 9]. En nuestro material (ver tabla I), sólo en cuatro casos (15 por ciento) no existía G. F. A. bien evidente. Así como en el endometrio normal hay una relación inversa entre G. F. A. y glucógeno [3, 4], de suerte que en la fase de proliferación predomina la primera, y en la fase de secreción, el segundo; aquí el reparto tiene lugar de un modo irregular, que no guarda relación con la carga de glucógeno. Hemos observado que, por lo general, las zonas de tumor muy ricas en G. F. A. son pobres en glucógeno; pero esto tampoco es una regla absoluta. Tampoco hay una relación entre el tipo histológico y la carga de G. F. A.; ésta

aparece lo mismo en las formas diferenciadas que en las indiferenciadas, y también aparece en los adenoacantomas. Aunque se encuentra algunas veces en los vasos y en la luz glandular, la localización predominante de la G. F. A. es el epitelio de las glándulas (fig. 3) en todo su espesor.

Algunas veces el adenocarcinoma endometrial coexiste con hiperplasia, y se ha especulado mucho acerca de la significación de una posible hiperplasia activa y de



FIG. 5.—ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL SEMIDIFERENCIADO. COLORACIÓN DEL A. A. P. A. S. EN LA PORCIÓN MUNDIAL DE LAS CÉLULAS GLANDULARES SE OBSERVA EN NEGRO UNA REACCIÓN QUE ES ROJA EN LA PREPARACIÓN ORIGINAL (GLUCÓGENO). EN LA LUZ GLANDULAR HAY UNA MASA TAMBIÉN AQUÍ NEGRA, PERO QUE EN LA PREPARACIÓN ORIGINAL ERA AZUL OSCURO (MUCOPOLISACÁRIDOS ÁCIDOS. (450 x.)



FIG. 6.—ADENOACANTOMA. A. A. P. A. S., GLUCÓGENO Y M. P. S. NEUTROS EN EL CENTRO DE LOS CORDONES EPITELIALES. (450 x.)

un hiperestronismo en la génesis del carcinoma de cuerpo. Nosotros hemos visto que estas hiperplasias contienen abundante G. F. A., lo cual evidencia su carácter de *hiperplasias activas* (fig. 4) y habla en favor de la génesis hiperestrogénica de este tumor.

C) *Mucopolisacáridos (M. P. S.).*—Aunque de la combinación del P. A. S. con la doble digestión de amilasa y hialuronidasa se pueden sacar conclusiones acerca de la existencia de estos cuerpos y de su carácter, el método del A. A. P. A. S. es el que proporciona datos más precisos sobre este grupo de sustancias. En la tabla I pueden verse los datos pertinentes a los mucopolisacáridos, tanto ácidos cuanto neutros, en nuestro material. Sobre esta cuestión hay muy pocos trabajos en la literatura. LONG [7] refiere haber hallado M. P. S. ácidos en la luz glandular de estos tumores. Este hallazgo ha sido confirmado por nosotros en diecisiete de los vein-

ticinco casos (aproximadamente, el 66 por ciento). Según MERLO (inédito) y RUNGE y colaboradores [10], la aparición de M. P. S. ácidos en la luz glandular es un signo de *secreción tardía*; por lo tanto, este dato histoquímico se compagina bien con la aparición de glucógeno (fig. 5).

En cuanto a los M. P. S. neutros, se encuentran en el estroma, en el epitelio glandular y algunas veces también en la secreción. Su reparto no parece tener gran cosa de típico. En los adenoacantomas, a veces aparece, además de glucógeno, una mucificación superficial igual que en los carcinomas planos maduros de la *portio* (fig. 6).

IV. COMENTARIO

La primera cuestión que se ofrece a nuestro comentario es la razón por la cual se depositan tanto el glucógeno como la G. F. A. y los M. P. S., en tan gran abundancia en este tipo de tumores. Es, sin embargo, un hallazgo que nos deja perplejos y que no sabemos explicar de una manera satisfactoria.

El *glucógeno* es un componente del endometrio normal. En él aparece como reacción específica a la acción de la progesterona. Esta podría ser aquí también una posible explicación. Sin embargo, de los diez casos en que pudimos estudiar en ovario, sólo en uno existía cuerpo amarillo, y daba la sensación de ser un cuerpo amarillo aberrante. El adenocarcinoma de endometrio es tumor típico de la postmenopausia, cuando ya el cuerpo lúteo hace mucho que dejó de ser un hallazgo habitual de los ovarios. Sólo admitiendo una formación de progesterona en la suprarrenal, como consecuencia de un anormal metabolismo de ésta en relación con la carcinogénesis —suposición, por otra parte, muy improbable—, podríamos admitir esta primera hipótesis.

Puede admitirse también que la secreción es un *mecanismo de maduración normal* del endometrio y que en las células glandulares endometriales maduras aparece el glucógeno como signo de esta maduración. La maduración de las células tumorales llevaría, según esto, aparejada una transformación secretoria con glucógeno, igual que la del endometrio normal. En contra de esta hipótesis está, sin embargo, el hecho de no observarse más tendencia a almacenar glucógeno en los adenocarcinomas maduros que en los inmaduros.

La G. F. A. se ha tomado como un signo de actividad mitósica de las células de las glándulas del endometrio. Por esta razón, su hallazgo en la fase de proliferación normal, en la hiperplasia y en el carcinoma, estaría justificada. Sin embargo, en estos últimos tiempos, y sin negar el papel de la G. F. A. en el metabolismo de los nucleoprótidos y, por tanto, su relación con la proliferación de los tejidos, se atribuyen a las fosfatasas tisulares y, sobre todo, a la G. F. A. endometrial, misiones más importantes. El R. N. A. sí es un signo de proliferación pura y simple, normal o patológica de un tejido. No así la G. F. A., que, abundante en el adenocarcinoma de cuerpo, es, en cambio, negativa casi en todos los casos de carcinoma cervical.

En otro lugar hemos supuesto [4] que la G. F. A. endometrial es una *precursora indirecta* de la formación de glucógeno. Posiblemente, si G. F. A. y glucógeno están tan íntimamente correlacionados en el ciclo normal, no hay razón alguna para que no estén también asociados aquí y se sigan uno a otra, como la sombra al cuerpo.

Por último, los M. S. P. también van ligados a los dos anteriores en el ciclo endometrial normal. Su presencia aquí es, por tanto, explicable.

Puede verse así que en el cáncer del endometrio venimos a toparnos con los mismos componentes que tiene el endometrio normal. La única diferencia existente es que aquí el ciclo se ha roto y el depósito de estos cuerpos no tiene ya una determinismo hormonal, sino que aparece de una manera anárquica.

Si esta anarquía es total, o si la aparición de glucógeno, G. F. A. y M. P. S. está unida por un ciclo metabólico dentro de cada célula cancerosa, es algo imposible de contestar con este pequeño protocolo, pero que será objeto de un estudio ulterior más completo.

BIBLIOGRAFÍA

1. ATKINSON, W. B., y GUSBERG, S. B.—*Cáncer*, 1, 248. 1948.
2. ATKINSON, W. B.; GALL, E. A., y GUSBERG, S. B.—Ibídem, 5, 138. 1952.
3. BOTELLA, J., y NOGALES, F.—*Acta Gin.*
4. BOTELLA, J., y NOGALES, F.—*Rev. Franc. Gynec. et Obst.*
5. BUSCEMI, C.—*Riv. Ostetr. e Gin.*, 12, 389. 1957.
6. GALBIS, M.—*Acta Cytologica*, 2, 493. 1958.
7. LONG, M.—*Ibídem*, 2, 494. 1958.
8. MC KAY, D. G.; HERTIG, A. T.; BARDAWIL, W. A., y VELARDO, J. T.—*Obst. & Gynec.*, 8, 22 y 140. 1956.
9. MOSCHINO, A., y PARISOTTO, J.—*Riv. Ostetr. e Gin. Prat.*, 32, 431. 1950.
10. RUNGE, H.; EBNER, H., y LINDENSCHMIDT, W.—*Dtsch. Med. Wschr.*, 81, 1.525. 1956.

Dirección: F. Nogales, Reina Victoria, 58. J. Botella, Velázquez, 83. Madrid.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 403 - TOMO LXVIII
OCTUBRE 1959

INSEMINACIÓN ARTIFICIAL HETERÓLOGA

POR EL

DR. ANTONIO CASIELLO

PROFESOR DE CLÍNICA MÉDICA EN LA UNIVERSIDAD DE ROSARIO (R. ARGENTINA)

CONSIDERACIONES GENERALES

¡He aquí una avanzada en el camino de la deshumanización de la Medicina! No es frecuente que se escriba sobre el tema, propugnándolo; pero no sabemos hasta qué punto y en qué medida se realiza en la práctica, en privado, sin que trascienda, porque en nuestro ambiente —latino y cristiano— no es fácil romper con el recato y el pudor con que se encubre tal maniobra. En cambio, en países anglosajones y nórdicos se habla impunemente, desaprensivamente, de millares y millares de «hijos de tubos de ensayo» provenientes de «bancos de semen humano refrigerado».

Una reciente publicación [1] actualiza el problema y, si bien es cierto que no se habla de estadísticas o de observaciones personales, el contexto del trabajo permite suponer que los autores la practican, y no sólo eso, sino que la auspician y la defienden, considerándola incluso —en los casos en que se plantea la indicación— como una solución mejor y más aconsejable que la adopción de hijos. Claro está que con toda altura, se sostiene que el procedimiento exige como condición *sine qua non* el diagnóstico de «esterilidad incurable y definitiva, con base de estudio exhautivo», y agregan que la inseminación artificial heteróloga representa para los médicos «una atribución de insospechada trascendencia social y una responsabilidad rectora que exigirá, además de la más selecta depuración científica, la mayor elevación de su ética profesional».

Puestas estas precisas, tajantes y elevadas trabas y limitaciones, para evitar abusos en un problema tan delicado, que atañe —nadie osaría discutirlo— a lo más íntimo y respetable de la dignidad humana, parecería que los argumentos que se aducen propiciando el procedimiento, podrían ser aceptables o, por lo menos, difícilmente impugnables. Procuraremos mostrar que ni pueden ser aceptados, ni es difícil hallarles puntos débiles.

INSEMINACIÓN Y ADOPCIÓN

Puesto que los autores reconocen que la inseminación artificial heteróloga, «censurada por la religión católica, deja de ser moral para ella», no nos ocuparemos, por el momento, de esta fase del problema, circunscribiéndonos a la dialéctica

utilizada en el trabajo, en el cual se hace un paralelo entre la adopción y la inseminación artificial, llamada por algunos «semiadopción».

Reconocen los autores que la inseminación «se realiza, en general, con el propósito deliberado de que se ignore el procedimiento» y tratando de ocultar la responsabilidad del marido, incapaz de fecundar; procedimiento vergonzante, entonces —del cual se hace cómplice el médico—, que contrasta con la adopción, resuelta con la anuencia de ambos cónyuges, en cuyo caso «la mujer considera que no compromete con ella su feminidad en el concepto moral, sino que más bien la enaltece, y el hombre tampoco encuentra reparos».

Bastarían estos argumentos de los propios autores, para no mezclarnos con un hecho vergonzante —la inseminación artificial— y aconsejar siempre la adopción, con todos los recaudos que se sugieren en el artículo que comentamos y en otras publicaciones, de la misma firma, atingentes al examen biológico y psíquico de la pareja estéril y al estudio de las relaciones legales de convivencia entre la misma y el hijo adoptado, etc.

Mas si tales argumentos no fuesen suficientes, agregaríamos la siguiente reflesión, que propondríamos para sentir náuseas y dar por terminada ya la consideración del problema: Supuesto que el semen ha de obtenerse —como mejor técnica— mediante la masturbación de los dadores profesionales, ¿puede concebirse honestamente, limpiamente, que se justifique ese medio para obtener el fin que se persigue? ¿Puede aceptarse, en nuestra profesión, la explotación de masturbadores rentados? ¿Puede alguien participar en ese comercio, intermediando con todo sigilo entre el donador y la pareja estéril, e incluso abonando la cuota de aquél, con la mayor reserva para no delatar al marido infecundo y a la mujer, por lo menos, semiadúltera?

O es que no se piensa en todos estos menesteres, o es que, deliberadamente, estamos por inferir a nuestra profesión el mayor agravio imaginable. Y no se nos reproche que descendamos en la argumentación o en el lenguaje, porque, dígase lo que se quiera y «dórese la píldora» como mejor se pueda, con sentimentalismos romancescos, lo cierto es que el trámite técnico a seguir no puede ser otro; y éste no será precisamente el caso que pueda hacer excepción a la regla según la cual el fin no justifica los medios. En cambio, la adopción, cumplidos los trámites legales, no plantea otros problemas.

ARGUMENTACIÓN CAPCIOSA

Repetimos que con las reflexiones crudas, pero realistas, que preceden podríamos dar por terminada y resuelta ya esta cuestión, tan poco grata; mas, aun haciéndonos violencia, un elemental deber de cortesía nos obliga a seguir a los autores.

Una «ventaja» que atribuyen a la inseminación artificial es la de que «en ella puede conocerse perfectamente la salud del dador, sus condiciones físicas y sus *aptitudes espirituales*» (sic); y agregan: «La pareja que tiene un niño obtenido por inseminación antificial heteróloga raramente piensa en la mala herencia —¡qué ilusión!—, ya que el niño es fundamentalmente hijo de esa mujer y, justo es recordarlo, de un dador que desconocen, pero lo saben estudiadamente sano». En cambio, en la adopción, lo habitual es que el padre sea desconocido —niños de madres solteras—, y entonces pueden surgir «preocupaciones inquietantes con respecto a influencias morbosas hereditarias», frente a problemas de conducta del niño. Se puede estar de acuerdo, en general, con estas expresiones; pero existe un concepto fundamental —lo hemos subrayado— que constituye indiscutiblemente un punto débil en la defensa que se intenta de la héteroinseminación. Aceptemos que el dador

o los dadores, si se hace en bancos de semen un «cock-tail» para evitar individualizaciones enojosas, sean personas parangonables —perdónesenos la expresión— a perfectos «padrillos» de alta cabaña, esto es, biológicamente irreprochables; pues bien, he aquí terminada la misión del profesional, tanto médico como zootécnico; a éste, al veterinario, no le interesa otro problema; aquél, el médico, no necesita preocuparse por estudiar «las aptitudes espirituales», como afirman los autores, ya que tales aptitudes del semental se muestran hasta la evidencia en el ejercicio de su quehacer como dador, esto es, masturbador fichado y matriculado, que vive explotando el comercio de su licor fecundante. La catadura moral de tal espécimen, o dicho con más elegancia —pero capciosamente—, «las aptitudes espirituales», según se lee en el texto, no han menester de ser investigadas; se exhiben solas. Si el hijo adoptivo —de padre desconocido— *puede* ofrecer problemas de herencia, ¿no los ofrecerá con mucha mayor probabilidad el «semiadoptivo», cuyo generador —conocido y fichado— tiene, por definición, semejante tara psíquica?

Por lo demás, aunque sea un asunto de importancia secundaria, pero no por ello carente de interés, tengamos en cuenta que en el heredero de mujer inseminada, ni siquiera podrá entrar en consideración su aspecto físico, que, en cambio, será motivo, así como el sexo, de selección en el niño que se adopte.

Complicidad en un hecho vergonzante

En otro orden de cosas, expresan los autores que las mujeres de maridos infértiles que solicitan la inseminación heteróloga lo hacen «a veces venciendo escrúpulos de todo orden; otras, con naturalidad, tal vez animadas por un cierto sentimiento de revanchismo subconsciente ante la posibilidad de ostentar orgullosamente un embarazo a término; el marido no suele oponerse, prefiriéndola, aunque ello sorprenda, a la adopción, ya sea por la discreción que la inseminación le promete (ocultando su real incapacidad) y por la apariencia social salvada sin mayores dificultades, o bien, más altruístamente, por la concesión a su mujer de ejercer justicieramente la función maternal de que ella disfruta». Este sentimentalismo endeble, que se explota como argumento, no enaltece precisamente, ni dignifica a nuestra profesión. Ya hemos dicho, e insistimos porque los autores también se repiten, que se trata de un hecho que no puede menos que ser considerado vergonzante, en cuya ocultación se complota el médico, llegando hasta burlar la ley que, según los autores, establece que «los niños así engendrados deberían ser anotados como hijos de padre desconocido, para luego proceder a la adopción legal», de acuerdo con la Ley de Adopción de 1948.

Por lo demás, complicarse con el sentimiento de *revanchismo subconsciente de la mujer* o con el espíritu *altruísta* del marido infértil, que prefiere la inseminación a la adopción, significa, fuera de duda, cohonestar conductas que a todas luces están al margen de la psiquiatría normal. Nos preguntamos si en lugar de atender, o de sugerir y estimular tales inclinaciones morbosas, no sería más noble y elevado explicar a los extraviados cónyuges, con naturalidad, una sentencia según la cual «la diferencia entre la fecundación artificial heteróloga y el adulterio radica en la distinción que existe entre la práctica de una clínica y una alcoba artificial» [2].

Una declaración impresionista y otra realista

No nos interesa que la «Sociedad Americana para el Estudio de la Esterilidad», citada por los autores en apoyo de su tesis, sostenga que: «si la inseminación artificial heteróloga está en armonía con los credos de la pareja y del médico, es

una fórmula de terapéutica médica absolutamente ética, moral y recomendable, y para que ella sea aceptable debe mediar la petición imperiosa de la pareja solicitando tal medida, la opinión del médico de que esa pareja pueden ser padres recomendables y la cuidadosa elección, por parte del médico, de un donante *biológica y genéticamente aceptable*». Menos mal; por lo menos aquí no se habla de las «aptitudes espirituales» del dador, a las que antes hemos aludido; a la «Sociedad Americana» —que suponemos americana del Norte— no le interesa el factor «espíritu»; y en esto hay que reconocerle sinceridad y honestidad, sin camuflaje, porque la inseminación antificial es, en definitiva, un recurso de biología animal o vegetal —por mucho que se declame— que repugna a la naturaleza espiritual del hombre y deshumaniza a la Medicina. No nos interesa la declaración de la mentada «Sociedad Americana», decíamos, porque, según antes observamos, el procedimiento es de práctica corriente en países anglosajones, etc., donde a veces se realiza tan sin escrúpulos y con tanta naturalidad, que se citan casos de mujeres fecundadas por semen de dador tres o más veces [3]; de manera que no es fácil, ni conveniente, ni razonable, pretender enraizar en nuestro clima, en nuestra vida —latina y cristiana— modos y usos que nos resultan extraños y bárbaros. Más de acuerdo con nuestra mentalidad y con nuestra conciencia sería recordar la declaración de la Academia de Ciencias Morales y Políticas de Francia, año 1949, que dice así [4]:

«Que la heteroinseminación, utilizada para suplir a la esterilidad del esposo, hace surgir en un matrimonio, desde los puntos de vista moral, jurídico y social, objeciones tales, que su empleo debiera ser formalmente desaconsejado.

Que nunca se sabría salvaguardar bastante a las personas que creerían poder recurrir a este procedimiento, de los inconvenientes de orden psicológico, próximos o alejados.

Que esos inconvenientes no siempre pueden percibirse en el momento en que la decisión se toma.

Que las facultades de apreciación de los interesados son a menudo sorprendidas y aun desconcertadas por lo extraño del procedimiento.

Que el valor del consentimiento del marido puede moralmente ser puesto en duda.

Que el hecho de integrar fraudulentamente en una familia un niño que llevará el nombre del padre legal y del que se creerá hijo, debe considerarse como un atentado a las bases del matrimonio, de la familia y de la sociedad.»

Eso es hablar en nuestro idioma y con sentido realista y moral; eso es entendernos, en nuestra civilización, occidental y cristiana, sin injertos espurios y arriesgados.

Algunos aspectos legales

Por lo que respecta a la faz legal del problema, nos complace expresar nuestro acuerdo en el sentido de que se modifique en forma adecuada nuestra Ley de Adopción, en beneficio del niño y también de quienes lo adoptan. No creemos, en cambio, que pueda legitimarse entre nosotros el hijo de «tubos de ensayo», ni creemos que sea prudente propagar el recurso en base a consideraciones de carácter sensiblero, ni divulgando la vergüenza de que «su práctica se plantee cada vez con más asiduidad en los ambientes no católicos» —con lo que parecería se pretendiera emular a los indecisos— de manera que surja, según los autores, «la posibilidad de que la jurisprudencia se vea abocada a su detenido estudio legal, con todas las derivaciones sociales y morales que pueden suscitarse y que los hombres de Derecho tendrán que resolver». ¡Dios nos libre de tales derivaciones! Con cri-

terio médico debiéramos pensar en la profilaxis de las mismas, evitando la causa que ha de originarlas, esto es, precisamente la heterofecundación. Si dejamos reservado al criterio de los hombres de Derecho tan tremendo problema moral, las consecuencias podrán llegar a ser insospechadas y pavorosas. Los ejemplos de juicios tribunalicios, escalofriantes, no son raros. Un juez de la Corte Suprema de Chicago, en diciembre de 1954, considera que un niño nacido por inseminación artificial es ilegítimo y que la madre es culpable de adulterio, aunque hubiese tenido el consentimiento de su esposo. En otro juicio ventilado también en Chicago, más recientemente, ocurre lo siguiente: A la muerte de un matrimonio quedan tres hijos herederos: los dos más jóvenes impugnan el testamento, pues el primogénito era el resultado de una inseminación artificial; el juez dio razón a los impugnadores, considerando que ellos solos eran hijos verdaderos del padre y de la madre, mientras que el otro no sería considerado como hijo de su padre legal [5]. Advirtamos, de paso, la ligereza o el error médico cometido, que fácilmente podría repetirse si se divulgara esta repudiable práctica: la pareja considerada infecunda tiene, después de la inseminación, dos hijos legítimos; se trata de casos, conocidos y observados, de esterilidad de origen psíquico, que se curan, como ocurrió aquí, mediante la inseminación o bien, como en otros casos, después de la adopción; sin que esto signifique que pueda justificarse el tratamiento de ese tipo de esterilidad, recurriendo a tales procedimientos. La diatermia, los espasmolíticos y la psicoterapia suelen ser eficaces en estas circunstancias [6].

Otro caso jurídico: En Edimburgo, el Tribunal rechaza una demanda de divorcio por causa de adulterio interpuesta por un marido cuya mujer —sin el consentimiento de aquél— le da un hijo fruto de inseminación artificial. El juez, según los términos de la ley, no encuentra a la esposa incursa en ese delito. Con este motivo, el arzobispo de Canterbury —anglicano— protesta enérgicamente contra la inseminación artificial heteróloga. Respetando la opinión del juez, del punto de vista legal, afirma el prelado que «cuando en un asunto en litigio se trata de saber si va contra los intereses de la moralidad social o individual, son los cristianos quienes tienen que decir su palabra», y agrega: «La inseminación es una ofensa contra las consecuencias sociales y legales del matrimonio, tanto más peligrosa cuanto que se realiza en secreto, y suprime la condición básica según la cual el matrimonio está destinado a dar a los hijos la seguridad de saber quiénes son sus padres.» [7] Independientemente de la diversidad de criterio de los jueces, uno de los cuales considera adúltera a la mujer inseminada, aun con el consentimiento del marido, y otro no la considera tal, aunque la inseminación se haya hecho sin ese consentimiento, pensemos en lo difícil que en este último supuesto resultaría afirmar si la fecundación se logró mediante «técnica de laboratorio» o en una «alcoba artificial».

Tragedias morales

Pero, sin hablar de los casos que trascienden y se ventilan en los estrados de la Justicia, se conocen otros en los que la tragedia ronda por el hogar moralmente deshecho, después de la euforia inconsciente del primer momento, en que se celebra con algún júbilo la venida de un hijo de dador, con el cual se pretende echar un manto sobre la vergüenza que se asigna a la infecundidad del padre «adoptivo». Viene luego la humillación de ese padre, el bochorno de tener un hijo, nacido de su cónyuge, es cierto, pero que no le pertenece; surge el complejo de inferioridad, y el remordimiento de conciencia, que será imposible acallar. Y, por otro

lado, la situación de la madre, que ama a su hijo, pero que, a su través, siente nostalgias por el verdadero padre del niño, «llegando —como se ha dicho con acierto— a ser torturante la ansiedad por conocerlo» [8]. Esto significará, necesariamente, la disminución del afecto, perdiéndose el atractivo del vínculo conyugal, que para la mujer carecerá de razón de ser —llegando hasta el repudio— en virtud de la impotencia generadora comprobada, que motivó la intromisión en su ser de semen de dador desconocido, repugnante técnica que desvirtúa la condición más íntima y sagrada del matrimonio: «la fusión de dos cuerpos, pero también de dos almas para que se haga un solo cuerpo y una sola alma». «Tarde o temprano —afirma el ilustre jurista Juan P. Ramos [9]—, la realidad se abre paso y llega a crear esa angustia en que viven quienes se apartan de las leyes divinas y humanas.»

Responsabilidad moral del médico

Todos estos hechos, y tantos y tan variados matices angustiosos para la psiquis de la mujer, que no podrá soportar sin remordimientos su humillante situación de esposa de hombre cuya esterilidad se quiso disimular —y su complejo de culpa—, deben llamar a la realidad a cuantos colegas sientan alguna inclinación por indicar o realizar la inseminación artificial heteróloga, procedimiento que ha de ser relegado a la Botánica y a la Zoología y definitivamente proscripto de la Medicina, por constituir un atentado a la dignidad de la persona humana en sus más delicados, respetables y nobles aspectos. No es posible, ni se concibe, que en esta materia nos dejemos tentar por lo que se hace en otros países, ultracivilizados si se quiere, pero cuya cultura y cuya contextura moral no puede echar por tierra nuestra mentalidad, repetimos, cristiana y occidental. Ni cabe sostener que no podamos hacer oídos sordos a la desesperada ansiedad y angustia de la mujer —o acaso de la pareja— que clama por el hijo que naturalmente no puede llegar; si a tales pobres prójimos les ofusca la pasión de la prole, el médico debe estar por encima de esa posición psicológica y razonar y hacer entrar en razón a quienes la marginan. Ni puede, en definitiva, el profesional dejarse llevar por la presunta satisfacción de obtener, mediante el procedimiento biológico empleado, el resultado apetecido, no sólo porque el fin no justifica los medios —según lo hemos recordado—, sino por las desastrosas consecuencias que seguirán, a no tardar, tras la artificiosa y fugaz alegría del primer momento.

Problemas extramédicos

La inseminación artificial heteróloga constituye, pues, una escabrosa terapia de la esterilidad —«que el buen gusto rechaza en absoluto», según feliz expresión de Fernández Ruiz (l. c.)— con tantas derivaciones extramédicas: sociales, jurídicas, morales, etc., que, evidentemente, no puede quedar librada al criterio médico, aunque éste pretenda ampararse, según se sugiere, en una adecuada legislación o en una fundada jurisprudencia que, *«a priori», se supone o se vaticina y se auspicia* favorable a la «libre empresa»; es decir, se pretende o se aspira que se afirme que bastaría «la armonía de los credos de la pareja y del médico con la inseminación artificial», según la declaración, antes transcripta, de la Sociedad Americana para el Estudio de la Esterilidad, para que ella pueda ser legalmente realizada. Esto significaría, con toda evidencia, subestimar el problema —reduciéndolo al hecho biológico, sin ninguna consideración por el hecho moral, inherente e inseparable— y lavarse las manos frente a las ulteriores derivaciones. No podemos ni

debemos pensar así; ni creemos que haya muchos que sigan este criterio. TRABUCCO [10] sostiene que: «frente a los pocos casos en que el grave problema pueda plantearse, su solución *escapa al médico;* nos la dará —agrega—, desde el punto de vista humano, la Moral, base de toda familia, y la Justicia, base de toda sociedad organizada». En efecto, la Medicina, según se ha dicho acertadamente, «constata los hechos; es una ciencia de observación o, mejor, un arte; no es una ciencia moral; ella dice lo que el médico *puede* hacer y no lo que *debe* hacer [11]. Y en esta materia, de tan alta envergadura ética, es evidente que no podemos razonar únicamente con criterio biológico; debemos elevar la mira y no conformarnos con afirmar que obramos para satisfacer una humana y desgarradora petición de la mujer o de la pareja atribulada, ni que procedamos de acuerdo a nuestra ciencia y conciencia y animados de nobles y desinteresados propósitos. Es menester pensar en los eventos que se producirán, cuya responsabilidad moral —ya que no legal— no podrá eludir el autor de la técnica biológica. Fuera de la deplorable situación moral de los cónyuges, a que hemos aludido, veamos la condición del fruto obtenido mediante el recurso terapéutico calificado como «absolutamente ético, moral y recomendable» por la «Sociedad Americana». A tal respecto, dice juiciosamente LAZCANO [12]: «La concepción de hijos por la esposa debe ser obra del marido; de lo contrario, el hijo será sólo de uno de los cónyuges y no del otro; vale decir adulterino.»

PROBLEMA MORAL Y RELIGIOSO

Hemos hablado de moral. Si agregamos que debemos referirnos y aferrarnos, no a una «moral» personal, *sui generis* y cambiante, sino a la verdadera Moral, a la que «determina la naturaleza y los límites de nuestros derechos y obligaciones, Moral cuyos principios no hemos prefabricado *a piacere* adaptándolos muellemente a las circunstancias, sino que recibimos de la Providencia —reguladora de todos los actos humanos—, entonces, necesariamente, desembocamos en los principios religiosos, de los que dimana esa auténtica y prístina Moral. Y no se nos diga que hayamos procedido por prejuicios, o que intentemos una intromisión religiosa en terreno biológico: en cuanto a lo primero, *no hemos prejuzgado,* porque rebatimos ya las razones que se invocan en pro de la inseminación artificial, con juicios y argumentos totalmente ajenos a la religión. Por lo que respecta a lo segundo, la intromisión, en el caso, es al revés: es la biología la que pretende avanzar en un terreno que le está vedado, vale decir en la conciencia del hombre, tratándolo como el veterinario o el botánico tratan a su material de trabajo.

Por lo demás, tampoco podemos aceptar, sin francas aclaraciones, aquello de que, estando vedada para los católicos la práctica de la inseminación artificial, el médico *podrá* realizarla tranquilamente en quienes no profesen ese credo. ¡No! El Decálogo, suma y guía del comportamiento moral de los católicos, es predicado por la Iglesia, no sólo para que lo cumplan sus adeptos, sino como conjunto de principios rectores y como alta admonición, que *podrán* no ser observados por quienes, en virtud de su libre albedrío, *quieran infringirlos,* pero que nadie honestamente y razonablemente puede, en principio por lo menos, rebatir. Con sólo tener en cuenta el primero de los preceptos del Decálogo, llamado «mandamiento grande», «Amarás a Dios sobre todas las cosas y *al prójimo como a ti mismo*», desarmaríamos al más entusiasta panegirista de la heterofecundación: sin amor al prójimo, no hay Medicina honesta y humana; ahora bien, como corolario de dicho precepto, surge este principio, que, trasladado a nuestra práctica profesional, es de imprescindible

aplicación: *No desearás ni harás a tu prójimo lo que, puesto tú en el caso de aquél, no desearías ni permitirías que te hicieran.* Entonces te pregunto: Si en el engranaje de la técnica de la inseminación artificial heteróloga se necesita para abastecer a los bancos del ramo un plantel de sementales, ¿te dispondrías a formar parte de él tú, o brindarías para ello a alguien de tu prójimo más allegado? Porque aquí —valga la disgresión—, como en el problema de la prostitución reglamentada, sus propugnadores no tienen derecho a decir que sean siempre *otras* las víctimas. Alguna vez pueden reclutarse también entre ellos mismos, que la auspician, o entre sus propios seres queridos.

Y en el hipotético caso de que tu hogar fuese por tu culpa estéril, u ocurriera esta ingrata situación en otro hogar muy allegado y muy querido por tí, ¿te allanarías a ir en busca del dador? ¿O es que lo que para tí resultaría una insoportable tragedia no ha de serlo para los demás?

* * *

Volviendo sobre la cuestión de hallar proveedores para los bancos mentados, veamos, para meditar, cómo enjuicia a los tales el existencialista GABRIEL MARCEL [13]: «La actividad del dador se muestra como esencialmente equívoca o híbrida. No se sabe, ni se puede saber, en qué medida es la acción de un hombre o de un animal; pero, ¿cómo olvidar que cuando el hombre procede como bestia, cae por muy debajo de la bestia?»

Y pensar que, según afirma PALMER [14]: «la mayoría de los médicos americanos a quienes he entrevistado utilizan como dadores a estudiantes de Medicina o asistentes de sus servicios o de sus laboratorios, y encuentran fácilmente en ellos los voluntarios necesarios» (!).

¡Hermoso ejemplo y orientación para esos discípulos y subordinados!

* * *

Oigamos también la fina y punzante ironía de PAPINI [15] describiendo a un dador, «padre de cien hijos»: «Una comisión de fisiólogos, ginecólogos, eugenistas e higienistas, busca por todo el país machos reproductores considerados los más idóneos para proporcionar un selecto licor seminal. El señor H. B. ha sido descubierto por esa comisión, aceptando, por razones idealistas, y sobre todo financieras, formar parte en la reserva de padrillos humanos. Ha brindado voluntariamente su semen a muchos centenares de mujeres a las que jamás ha visto ni conocido; y, según las estadísticas de la comisión, hoy es padre de cien hijos que ignoran su existencia y a los que jamás verá... Tiene cien hijos, pero está solo; ha hecho madres a cien mujeres, pero no amó a ninguna. Al fin, se enamora de una mujer; mas ésta no quiere ni marido ni hijos... El semental sufre una inquietante melancolía, y los médicos, sus propietarios, lo internan en una clínica. En cuanto se cure, deberá retornar a su oficio de reproductor diplomado; pero me temo que su desesperación sentimental haya alterado sus virtudes genésicas...»

Dejando de lado la sátira cáustica del autor, pensemos en el tremendo problema, pavoroso y real, de la consanguinidad ignorada de esos frutos de un mismo padre, que puede llegar a contraer nupcias... incestuosas.

No en vano los médicos que practican la inseminación artificial se ven abocados a tremendos problemas y reflexiones morales. EZÉS y BOURGAREL [16] dicen: «Hemos realizado muchas inseminaciones artificiales en 1939 y 1940. Pero relati-

vamente pocas entre 1940 y 1956, no porque hayamos sido menos solicitados, sino porque, a medida que avanzamos en años, el matrimonio humano nos parece, cada vez más, algo distinto a la yuxtaposición de dos células sexuales.» Otro profesional citado por los mismos autores, afirma: «Yo he hecho algunas inseminaciones artificiales, sin resultado, lo cual tranquiliza mi conciencia.»

Por su parte, HARTEMANN y LOUYOT (l. c.) dicen: «Varios de nuestros colegas nos señalan muy atinadamente el riesgo que corre el médico de ser sospechoso de actuar él mismo como dador y, a este título, ser objeto de una transferencia afectiva. No mencionemos sino como recuerdo —agregan— algunos casos de imprevistos desequilibrios mentales en los esposos, en que el médico corrió peligro de muerte intimado, con amenaza de un arma, de revelar el nombre del dador, sea por la mujer, enamorada del desconocido, sea por el marido, enloquecido por los celos. Por lo demás, en ocasiones, el hecho de la inseminación artificial ha podido hacer del médico el cómplice inocente del camuflaje de un adulterio.»

* * *

Según puede verse, no empleamos argumentos bíblicos para impugnar la inseminación artificial, sino, simplemente, recursos que surgen de la sana razón, de la moral natural, del sentido común. No hemos necesitado apelar a juicios de carácter religioso —no hemos, pues, procedido por preconceptos—, entendiendo que sobra con aquellos otros elementos para poner en jaque la dialéctica de quienes auspician con ligereza tan detestable práctica. Sólo *a posteriori* incursionamos brevísimamente en el terreno religioso, a los efectos de afianzar aun más nuestra sólida posición, pero también porque es evidente que no puede prescindirse de él, tratándose de un problema humano, en la amplia acepción de la palabra, ya que el hombre es, en esencia, *el ser* religioso. Por otra parte, los propios autores citan —*per se* y a través de la declaración de la «Sociedad Americana»— las opiniones de las Iglesias anglicana y católica, si bien lo hacen al sólo efecto de deslindar posiciones, separando a los adictos a esos credos religiosos, para propiciar la inseminación artificial entre quienes no se consideren sujetos a tales tutelas. Pero hay más, y esto no podríamos pasarlo en silencio. Confiados, acaso en exceso, en su autoridad científica y en la «validez» de sus razones, ambas fuentes, la citada «Sociedad» y los articulistas, un tanto enfatuados quizá, dicen lo siguiente: la primera: «Esta nuestra voz de aprobación (de la inseminación) tendrá eco en las Cortes de la Ley, en los templos de religión y en los recintos de ciencia.» Los segundos, parafraseando el modelo anterior, afirman: «Estas reflexiones sólo aspiran a despertar en los hombres del Derecho, la Medicina y del confesonario la serena meditación necesaria para la más sabia solución.»

Prescindiendo, y superando, el tono peyorativo e irrespetuoso —queremos suponerlo un desliz involuntario y no mal intencionado— con que se alude concretamente a los católicos, «hombres del confesonario», diremos que antes de que ellos —los autores y la «Sociedad»— existieran, nuestra doctrina milenaria estaba en pie, cimentada y enclavada en una roca inconmovible; y que son, ya lo hemos visto, tan deleznables y fútiles los argumentos esgrimidos; tan fácilmente desmenuzables, como lo hemos mostrado, que resulta una verdadera osadía —no queremos decir inconsciencia— erguirse sobre esa arena de tales fundamentos, para llamar a la «meditación serena» a la Iglesia, insinuando o sugiriendo rectificaciones, blanduras o concesiones en materia de Moral, de la que es auténtica depositaria. Por encima del vaivén de las pasiones y de la volubilidad de los mortales,

se mantiene, y así perdurará, la doctrina de Aquel que pudo decir —y sólo El—: «Yo soy el Camino, la Verdad y la Vida». Esa Verdad es eterna e inmutable, y sólo esa Verdad es capaz de iluminar el camino en el curso de nuestra vida, sin que puedan prevalecer contra ella las falacias, los subterfugios y las debilidades humanas.

La Iglesia católica ha dicho, con respecto al problema que nos ocupa, su palabra clara, definitiva e irrefutable, por boca del Sumo Pontífice Pío XII [17], en ejercicio de su autorizado magisterio:

«La fecundación artificial en el matrimonio, producida por el elemento activo de un tercero, es por sí misma inmoral, y como tal está condenada sin apelaciones.»

«Sólo los esposos tienen un derecho recíproco sobre sus cuerpos para engendrar una nueva vida, derecho exclusivo, intransferible, inalienable. Y así debe ser también por consideración al niño. A todo aquel que da la vida a un nuevo ser, la naturaleza le impone, en virtud de tal vínculo, el deber de su conservación y de su educación. Pero entre el esposo legítimo y el niño fruto del elemento activo de un tercero —aunque el esposo hubiera consentido— no existe ningún lazo de origen, ninguna ligadura moral ni jurídica de procreación conyugal.»

Después de esto, sólo nos resta agregar, con todo respeto: «*Roma locuta est*».

CONCLUSIÓN

Por nuestra parte, nos dirigimos a todos los que, sin una serena meditación, o movidos por corrientes snobistas, se sientan inclinados a defender la inseminación artificial heteróloga, invitándoles cordialmente a que piensen, no sólo en el «éxito» inmediato que se obtiene con tal recurso; no en la satisfacción actual por el logro del resultado que se buscaba, sino en la infinidad de matices de las tragedias morales —conocidas, muy pocas; ocultas, ¡sabe Dios cuántas!— que siguen a tan abyecto recurso; que reflexionen a propósito de la grave responsabilidad que pesará sobre su conciencia, por no haber sabido oponerse a peticiones interesadas, y fuera de razón, de pobres mujeres resentidas y «revanchistas»; por no haber sido capaces de volver a su quicio, como hubiera sido su deber, a mentes extraviadas, tranquilizándolas con otras soluciones; que recuerden que tales enfermos —y lo son, por lo menos moralmente—, quienes solicitan la heterofecundación, son nuestros hermanos, y que, en fin, repetimos, los amemos como a nosotros mismos y no hagamos en ellos lo que no querríamos se hiciera en nosotros.

Con lo cual procuraremos detener este grotesco avance en el camino de la deshumanización de la Medicina.

RESUMEN

Se revisa y actualiza el problema de la inseminación artificial heteróloga a la luz de un ponderado criterio y con una argumentación completamente ortodoxa, saliendo al paso de esta nueva tendencia en el camino de la deshumanización de la Medicina.

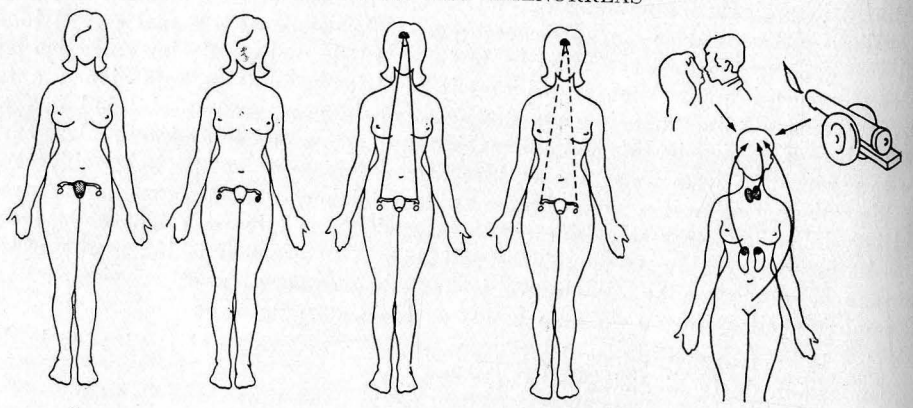
Se analizan los capciosos argumentos aducidos por sus panegiristas, los aspectos legales, la responsabilidad moral del médico, y su aspecto religioso, para llamar a la realidad a todos aquellos inclinados a indicar o realizar la inseminación artificial, procedimiento que ha de ser relegado a la Botánica y a la Zoología y definitivamente proscrito de la Medicina, por constituir un atentado a la dignidad de la persona humana en sus más delicados, respetables y nobles aspectos.

BIBLIOGRAFÍA

1. BETTINOTTI, A. E., y VOTTA, R. A.—«La adopción y la inseminación artificial heteróloga en la esterilidad incurable». *Orientación Médica*, n.º 350, 416. 1959.
2. HATFELD.—*British Med. Journal*, 13 - I - 1945, in: NÚÑEZ, D., *El Pueblo*, 14 - III - 58.
3. TYLER, E.—*El Día Médico*, 43, 1.143. 1954.
4. DEBRAY, J. R.—*El Día Médico*, 27, 1.122. 1951.
5. «Algunos aspectos de la inseminación artificial». *El Día Médico*, 41, 1.267. 1955.
6. FERNÁNDEZ RUIZ, C.—CLÍNICA Y LABORATORIO, 373, 248. 1957.
7. *Criterio*, 1.304, 235. 1958.
8. PÉREZ ACOSTA, F.—*El Día Médico*, 12, 413. 1949.
9. RAMOS JUAN, P.—*Iatría*, 94, 33. 1948.
10. TRABUCCO, A. E.—*El Día Médico*, 8, 261. 1949.
11. MARMASSE, J.—*Bull. de la Soc. Med. de Saint Luc.*, 1, 4. 1933.
12. LAZCANO, C. A.—Ed. Imprenta de la Univ. Córdoba (Argentina), 1951.
13. MARCEL, G.—*Cahiers Laënnec*, 2, 19. 1946.
14. PALMER, R.—*Cahiers Laënnec*, 2, 10. 1946.
15. PAPINI, J.—«El libro negro». Ed. Difusión, 1952. Pág. 65.
16. EZÉS y BOURGAREL, in: HARTEMANN, J., y LOUYOT, J.—«Etude medico-social de l'insemination antificielle». *Bull. de Gyn. et d'Obst., de langue française*, 9, 1 bis. 1957.
17. PÍO *XII*, Papa.—Cuarto Congreso Internacional de Médicos Católicos. Roma, 1949.

Dirección: Buenos Aires, 1.540. Rosario (R. Argentina.)

CAUSAS DE LAS AMENORREAS



I
CAUSA LOCAL: LIGADA AL ESTADO DE LA MUCOSA UTERINA.

II
CAUSA OVÁRICA: DISFUNCIÓN.

III
LA SECRECIÓN OVÁRICA ESTÁ BAJO LA DEPENDENCIA DE LAS GONADOTROFINAS HIPOFISARIAS.

IV
EL LÓBULO ANTERIOR DE LA HIPÓFISIS ESTÁ A SU VEZ SUBORDINADO AL HIPOTÁLAMO.

V
EL CUAL REACCIONA A LOS «STRESS», TANTO ENDÓGENOS (ENDOCRINOS, METABÓLICOS O NERVIOSOS) COMO EXÓGENOS.

(De «Le Concours Médical».)

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 403 - TOMO LXVIII
OCTUBRE 1959

CANDIDIASIS O MONILIASIS VULVOVAGINAL

POR LAS DOCTORAS

M.ª LUISA y M.ª VICTORIA QUADRAS-BORDES

DEL HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ Y SAN PABLO

BARCELONA

LAS afecciones causadas por ciertos hongos blastoporados, que atacan el revestimiento cutáneo y mucosas, son conocidas desde antiguo; datan de más de un siglo.

En 1839, LANGENBECK descubrió el primer hongo hallado en la mujer, al examinar microscópicamente los depósitos blanquecinos de la vulva, observados en una paciente muerta por tifoidea.

En 1853, CH. ROBIN estudió y clasificó el hongo productor del muguet: *oidium albicans*. Este presenta simultáneamente filamentos y elementos levaduriformes.

Ya con anterioridad (1836-1837), SCHWANN y KUTZING, en Alemania, y CAGNIARD DE LATOUR, en Francia, demostraron simultáneamente que la fermentación alcohólica se debía a seres microscópicos que se multiplicaban por brotación, clasificándolos MEYEN en el reino vegetal, con el nombre de *Saccharomyces*. En Francia se les designó con el término de «levaduras» (de se «lever»).

A través de los tiempos, esta especie ha recibido distintas denominaciones, según los autores: *Sccharomyces albicans* (RESS, 1877), *Dematium albicans* (LAUREN, 1890), *Monilia albicans* (ZOPF, 1890), *Endomices albicans* (JOHAN-OLSEN, 1897), *Cándida albicans* (BASGAL, 1931), *Mycotorula albicans* (LANGERON y TALICE, 1932).

Por considerar impropio englobar en el género *Monilia* hongos levaduriformes, seudofilamentosos y anascógenos, de interés para la clínica humana, la investigadora M. BERKHOUT (1923) creó el género *Cándida*, situando en él al hongo del muguet. Se le designó con el nombre de *Cándida albicans*, aceptándose dicha definición y denominación en el III Congreso Internacional de Micología, celebrado en Nueva York en 1939.

En 1950 fue propuesta la designación de *candidosis*, *candidiasis* o *candimicosis* en vez de persistir la de *moniliasis*.

Ha llegado a adquirir importancia la epidemiología de la moniliasis, mejor dicho, de la candidiasis o candimicosis. Enfermedad que se ha hecho frecuente en los últimos años y que encuentra un terreno más propicio sobre las mucosas y la piel, en individuos que han sido tratados con antibióticos.

Conferencia pronunciada en el Colegio de Médicos, el 11 de abril de 1959, en la sesión celebrada por la Sociedad Española de Ginecología (Sección del Ebro).

En el *symposium* que se celebró en América sobre moniliasis (1956) se estudió el posible peligro que puede entrañar el uso de antibióticos de amplio espectro bacteriano, y se llamó la atención de la mayor frecuencia en el desarrollo de micosis graves y rebeldes producidas por *Cándida albicans*.

De modo que la moniliasis ha adquirido personalidad propia y destacada en patología humana, a partir de la era de los antibióticos (RUIDOBA).

Hay muchos agentes, y entre ellos el *Cándida albicans*, que pueden permanecer como saprofitos, sin producir manifestaciones clínicas de enfermedad. Ahora bien, cuando concurren circunstancias especiales, factores que afectan la resistencia del huésped, entre ellos: embarazo, diabetes, discrasias sanguíneas, infecciones graves, además del mal estado general, también pueden influir ciertas condiciones climatológicas (clima cálido y húmedo), pudiendo transformarse en patógenos.

El profesor DROUHET, del Instituto Pasteur, a quien agradecemos sus deferencias y valiosas enseñanzas durante nuestra estancia en París, señala también la importancia de la edad, condiciones individuales (terreno), caracteres de la enfermedad primaria y también otros factores: endocrino (diabetes, hipoparatiroidismo), el embarazo, etc., y está de acuerdo en que, durante los últimos años, el papel de los antibióticos es de gran importancia para la aparición de manifestaciones clínicas de cándidomicosis. Dicho autor también coincide en que no sólo ha aumentado el número de casos, sino que al mismo tiempo se observa mayor gravedad en las manifestaciones patológicas, y buena prueba de ello la da la literatura, dando noticia de casos graves y aun mortales.

La mayoría de autores están de acuerdo, ya que han obtenido cultivos a partir de las encías, materias fecales, vagina, demostrando que el *Cándida albicans* se encuentra como saprofito a partir del intestino (puerta de entrada) y por circunstancias especiales que favorecen su crecimiento puede comportarse como agente patógeno, pudiendo penetrar por los capilares y diseminarse por los órganos internos, tales como riñón, etc.

Candidiasis .....
- *localizadas* ..... → piel - anejos; mucosas; aparato respiratorio; digestivo - urinario
- *diseminadas* .... → formas que atacan diversos órganos o sistemas a través del torrente circulatorio.

Generalmente la actuación de los antibióticos produciendo una alteración de flora, con aumento de *Cándida albicans*, suele observarse después de una terapéutica prolongada. Este aumento, cuando llega a un cierto grado, puede suponer el cambio de saprofito en patógeno.

Es de notar la participación de las levaduras en la ruptura del equilibrio de las floras del organismo y, en consecuencia, provocar trastornos metabólicos (avitaminosis, etc),

Por otra parte, la experiencia conduce a la sospecha de que los antibióticos *pueden exaltar la virulencia del Cándida albicans.*

Débese también tener en cuenta, además, la actuación local de las toxinas del hongo y asimismo las modificaciones alérgicas, sin olvidar la actuación local de los antibióticos sobre los tejidos.

Resumiendo: la mayoría de hombres son portadores de *Cándida albicans*, y puede permanecer como saprofito durante toda la vida.

No es aún bien conocido el proceso mediante el cual actúan los antibióticos. Al iniciarse estos debates se quiso atribuir el hecho a que la disminución del número de bacterias representaba y favorecía el aumento de elementos nutritivos para el hongo que nos ocupa. Más tarde, ROHT demostró que la combinación de un antibiótico de amplio espectro (agregado a la disminución de bacterias) producía un aumento en la virulencia de la monilia, en el animal de experimentación. Este autor ha logrado aislar una exotoxina del *Cándida albicans* por medio de vibraciones ultrasónicas. Sus trabajos han puesto de relieve *que los antibióticos de amplio espectro potencian la actuación de esta exotoxina*, si bien queda aún por conocer el mecanismo íntimo del hecho.

GRACIANSKY y DELAPORTE, por la experimentación y la clínica, llegan a la siguiente conclusión: «En el transcurso de la administración de ciertos antibióticos, aparecen modificaciones del terreno, que favorecen el desarrollo de la enfermedad provocada por levaduras.»

Además, por otra parte, la experimentación demuestra que la administración de antibióticos *agrava* en el animal la infección provocada por *Cándida albicans*.

* * *

Las vaginitis provocadas por *Cándida albicans* después de tratamiento con antibióticos, han sido observadas en un número elevado de casos, por HARRIS (1950) y, posteriormente, por BEHRMAN, MAC VAY y SPRUNT, ALVAREZ BRAVO, DUMOULIN, BAZEX, PUNDEL, KOSTIC, etc.

BAZEX observa cien casos en mujeres prostitutas que, con el fin de evitar el ser portadoras de gonococo, toman o se administran por sí mismas y a su comodidad, de un modo casi ininterrumpido, antibióticos (aureomicina, terramicina, etc.). En más de la mitad de los casos el cultivo fue positivo (secreciones procedentes de la uretra y del cervix, más frecuentemente positivas las últimas). Consigna el autor que en un grupo de enfermas (casi la mitad) no fue acompañado de sintomatología alguna. En otras (cincuenta y siete, o sea, el grupo más numeroso) la vagina estaba enrojecida y sembrada de leucorrea blancuzca; el cuello uterino, rojo violeta; pero *sólo cinco* de ellas aquejaron prurito vulvar, dolor y dispareunia.

Las afecciones causadas por *Cándida albicans* eran de buen pronóstico y, en general, de fácil tratamiento. Ha sido, pues, desde hace algún tiempo cuando las publicaciones dan noticia de formas graves y rebeldes. Se observan, por tanto, cada vez con más frecuencia las manifestaciones clínicas de la candidiasis vulvovaginal.

Como ya ha quedado dicho, el género *Cándida* es con gran frecuencia saprofito de las mucosas, y en este aumento en la frecuencia de las micosis humanas, y sobre todo en la gravedad de las mismas, la mayoría de investigadores y clínicos aceptan la participación que puede tener el uso y el abuso de los antibióticos. Insistimos tanto por el hecho de que en el reciente Coloquio Nacional sobre Moniliasis, celebrado en Madrid en noviembre pasado, tuvimos ocasión de comprobar la disparidad de criterios.

Los interesados por la literatura publicada a este respecto habrán podido observar la discordancia entre las cifras de incidencia según las autores; nosotras coincidimos con DE LA FUENTE, que también así lo hizo notar en el Coloquio. En lo que los clínicos están más de acuerdo es en que la mayor frecuencia corresponde a las embarazadas y diabéticas.

Los antibióticos actúan sobre el B. Doderlein, y al disminuir o desaparecer modifican la acidez normal de la vagina y los microorganismos del género *Cándida* encuentran un excelente medio de cultivo.

KARNAY opina que el medio alcalino no es obstáculo para su vida. Nos preguntamos: ¿cabe que al ser mayor la virulencia del hongo haya superado las dificultades del medio e incluso en medio alcalino crezcan fácilmente?

En la diabetes y en el embarazo, al no convertirse el glucógeno vaginal en ácido láctico (permanece en estado de carbohidrato), la secreción vaginal también se transforma en un medio de cultivo para estos hongos.

Varias especies de hongos han sido halladas en mujeres con flujo vaginal; la mayor parte pertenecen al grupo de *Fungi imperfecti*, y de éstos, con mayor frecuencia, los blastoporados representados por *Cándida* y *Torulopsis* (DAGLIO y MARTÍNEZ MONTES).

FLUJO VAGINAL Y OTROS PRODUCTOS GENITALES EN LA MUJER

Estadística de FLAVIO L. NINO

Especies	*Porcentaje*
Cándida albicans	91'78
Cándida guillermondi	5'47
Cándida stelletoidea	1'36
Cándida krusei	1'36

SINTOMATOLOGÍA

Se han descrito unos caracteres del flujo que no son constantes. Los síntomas habituales, por orden de frecuencia, son: *flujo, prurito, colpitis, dispareunia, ardor uretral.*

En algunas enfermas, el síntoma que con más intensidad acusan es una sensación de «ardor» o quemazón.

Con mucha frecuencia aparecen la vulva y vagina fuertemente enrojecidas, con tinte violáceo; en ocasiones, edema. La exploración no es fácil, ya que el menor contacto provoca dolor.

Las huellas de rascamiento casi siempre están presentes, y en algunas el edema es bastante acentuado.

Son síntomas que se encuentran en otras ginecopatías, si bien en la candidiasis y en la trichomoniasis el prurito suele ser muy intenso.

MARTÍNEZ MONTES, en una estadística de ochenta casos, los ordena del siguiente modo: vulvovaginitis, sesenta (micosis pruriginosa de la vulva); vaginitis, once (forma intertrigo eczematosa, uno); vulvitis, dos (vulvitis eczematiforme); vulvitis o vaginitis seudoleucoplásica, dos (vulvitis ulcerosa).

Sólo el aislamiento y la identificación del *Cándida albicans* nos permiten el diagnóstico; o sea, el laboratorio.

IDENTIFICACIÓN

Para ello hay que recurrir a los caracteres macromorfológicos, micromorfológicos y fisiológicos del hongo.

Entre los biológicos se utiliza la fermentación del azúcar (zimograma) o la de distintas sustancias hidrocarbonadas y nitrogenadas (auxograma). Finalmente, la

acción patógena en el animal de experimentación. Nosotras, por sistema, acostumbramos a investigar también la presencia de otros gérmenes; la asociación de *Cándida* con *Trichomonas vaginalis* no la hemos observado con mucha frecuencia.

En el Instituto Pasteur, de París, utilizan el medio de Sabouraud (con adición de penicilina y estreptomicina). Resiembra en medio P. C. B. (clamidósporos).

En ausencia de clamidósporos para determinar la especie de *Cándida*, se hace mediante la técnica de fermentación y auxogramas (DROUHET y colaboradores). (Véase grabado adjunto, figs. 1, 2 y 3.)

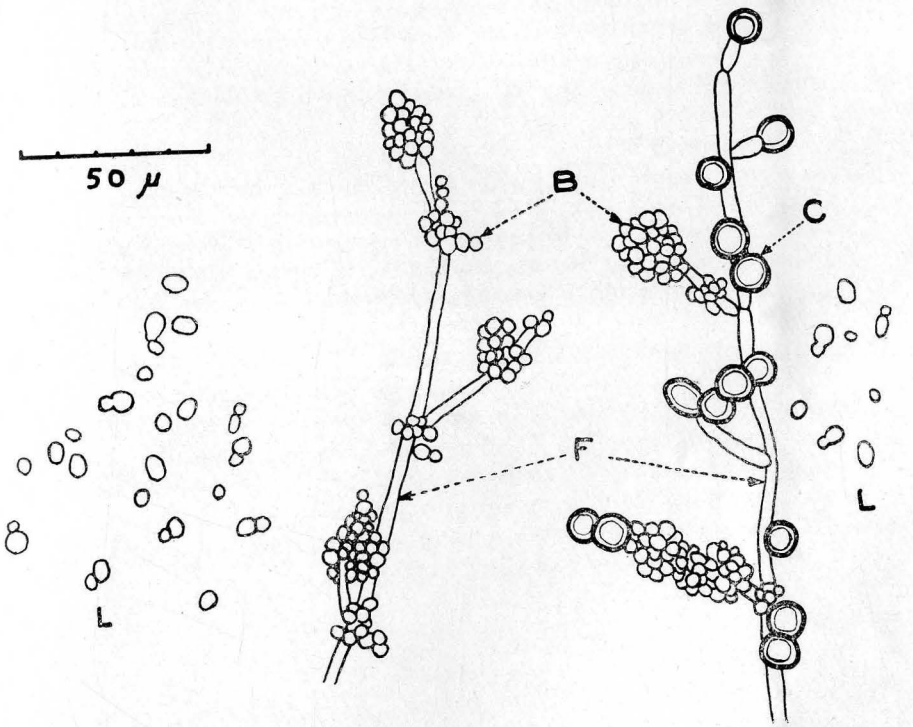


FIG. 1.—LEVADURAS (L) BROTES NO CARACTERÍSTICOS EN MEDIO GLUCOSADO DE SABOUREAUD (AISLAMIENTO).

FIG. 2. — FILAMENTOS (F) PORTADORES DE MASAS DE BLASTOPOROS (B) CARACTERÍSTICOS DE LAS LEVADURAS DEL GÉNERO «CÁNDIDA». MEDIO P. C. B.

FIG. 3. — FILAMENTOS (F) PORTADORES DE BLASTOPOROS (B) Y DE CLAMIDOSPOROS (C) ESPECÍFICOS DE LA ESPECIE «CÁNDIDA ALBICANS». MEDIO P. C. B.

Para RUIDOBA, además del hallazgo del hongo (en las moniliasis más comunes en clínica, precisa: primero, el predominio absoluto del hongo; segundo, identificación del mismo como perteneciente al género *Cándida;* tercero, eliminación de otros microorganismos susceptibles de producir semejantes síntomas; cuarto, la presencia de uno o más factores de los que se consideran como predisponentes a la enfermedad, y quinto, respuesta terapéutica con medicamentos considerados específicos.

Diagnóstico

Para el diagnóstico, en la práctica, debemos valernos de un medio que resulte fácil y rápido. En la clínica diaria resulta fácil el examen directo en fresco, si bien para identificar la especie *es necesario el cultivo* (medios Niskerson, Sabouraud). Para Negroni, todo hongo levaduriforme que no forma endósporos y con seudomicelio, es *Cándida*, y el *Cándida albicans* es la especie patógena por excelencia. Entre nosotros, Peña Yáñez y Aparicio Garrigo dieron cuenta, en el Coloquio, de las modificaciones efectuadas por ellos en los medios de cultivo.

Por lo que respecta a las reacciones de sensibilidad cutánea en las candidiasis, la reacción a la levurina no tiene valor diagnóstico, ya que un número elevado de individuos *sanos* responden positivamente. Tiene interés en las formas alérgicas, y en este caso, si una fuerte reacción focal acompaña a la reacción local, tiene valor, y una desensibilización puede lograr la desaparición de manifestaciones alérgicas de origen fúngico.

En nuestra especialidad hemos de considerarla como una infección endógena y debemos tener presente el transporte de los hongos (puede contaminar al cónyuge). El problema de las recidivas también nos obliga a tener en cuenta los reservorios que persisten en el organismo. El aparato digestivo, puerta de entrada, como subraya Drouhet. Ya hemos visto con la frecuencia que se obtiene cultivo a partir de individuos sanos con siembras obtenidas de encías, materias fecales y uretra (en la mujer), entre nosotros bien observado por Romero Encinas.

Drouhet señala que la candidiasis aparente o inaparente en la gestante puede infectar al hijo, y cita casos de neumonía masiva en prematuros observados en autopsias por Minkoski y Larrouhe, siendo responsable la vaginitis materna.

Botella considera un signo de alarma el hallazgo de monilias con prurito en la gestante (no previamente tratada con antibióticos), y lo considera de utilidad para sospechar una posible diabetes o estado prediabético.

Según Galmarini, «ciertas enfermedades causadas por los hongos están aún hoy entre las más difíciles de prevenir y curar».

Tratamiento

Violeta de genciana, al 1 ó 2 por ciento.
Acido caprílico, solución al 1 por ciento.
Nipagín, parahidrobenzoato de metilo, al 1 por ocho mil.
Nipasal, parahidrobenzoato de propilo, al 0'2 por mil.
Tricomicín.
Nicetín, jalea al 2 por ciento; tintura alcohólica al 2 por ciento.
Micostatín, aplicación local; administración «per os».
Complejo B.

Lavados o inyecciones vaginales con alcalinizantes: bicarbonato de sosa, borato de sosa, ácido bórico.

Por lo que hace referencia a nuestras observaciones personales, hemos de manifestar que en la casi totalidad de los casos había sido administrada con anterioridad, y durante varias semanas, terapéutica antibiótica, en ocasiones de gran espectro, y coincidió con frecuencia con procesos iniciales de gravedad: bronconeumonía, reumatismo, gonococia rebelde, etc., y fue algunas semanas después (de seis a ocho, a veces más) cuando hizo su aparición el prurito vulvar intenso, que en algunas de ellas agravó la aplicación «local» de antibióticos.

En los primeros casos, las curas tópicas con violeta de genciana al 1 ó 2 por ciento, días alternos. En la mayoría se observó buen resultado. Tiene el inconveniente de la intolerancia local, aun cuando la hemos observado con poca frecuencia.

Posteriormente, el uso de *Nistatina*, hasta el momento actual, podemos considerar sus efectos como bastante satisfactorios. Al principio hacíamos sólo cura «local». Pero al poco tiempo, y teniendo en cuenta el problema de las recidivas, con el fin de reducirlas en lo posible, también, y de un modo simultáneo, administramos por vía oral. Por ahora no hemos observado «resistencia».

Actualmente, algunos laboratorios han introducido modificaciones para que al ser administrados ciertos antibióticos no se produzcan, o por lo menos se atenúen, los efectos secundarios a que acabamos de hacer referencia.

RESUMEN

Se hace un estudio de las afecciones causadas por esta clase de hongos que atacan el revestimiento cutáneo y las mucosas, sobre todo en aquellos individuos que han sido previamente tratados intensamente con antibióticos. Se pasa revista a sus principales localizaciones, particularmente a las de origen genital, describiendo su sintomatología y tratamiento, haciendo resaltar los buenos efectos conseguidos en curas locales con las soluciones de violeta de genciana al uno y dos por ciento, y con el uso de Nistatina.

Dirección: Santa Ana, 37. Barcelona.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 403 - TOMO LXVIII
OCTUBRE 1959

DISMENORREA Y SU TERAPIA CON DROGAS ESPASMOLÍTICAS ANALGÉSICAS

(BUSCOPAN - NOVALGINA) *

POR EL

DR. PABLO DE LA PEÑA-REGIDOR

SANTA CRUZ DE TENERIFE (ISLAS CANARIAS)

Es muy frecuente en jovencitas, como en mujeres casadas, que presenten durante los días de la regla «algias» abdominales, que calificamos de dismenorrea.

La dismenorrea puede presentarse con matices muy diversos, desde los corrientes cólicos abdominales más o menos acusados, aislados o asociados con otros síntomas muy diferentes en territorios muy lejanos de la esfera genital, como son cefaleas, edema palpebral, depresión nerviosa, molestias gástricas, tendencia al llanto, etc., que si muchas veces son pasajeras, otras su duración e intensidad obligan a pedir auxilio al facultativo.

Otra forma menos corriente de dismenorrea es aquella que se asocia con las «algias abdominales» la eliminación de grandes trozos de endometrio, variedad que ha sido calificada con el nombre de «dismenorrea membranosa».

La aparición en el mercado, y su uso desenfrenado en algunos países, de nuevas drogas inhibidoras de la ovulación, con fines «malthusianos», según pudimos leer en una revista profana y de mucha divulgación, y de resultados excelentes en la terapia de las hemorragias funcionales, que se conocen con el nombre de «gestágenas», ha traído una nueva modalidad de dismenorrea muy similar a la membranosa, por la eliminación de grandes trozos de endometrio si la administración se ha hecho sin control, que nosotros nos hemos permitido calificar de «dismenorrea iatrogénica».

En la dismenorrea es muy frecuente, al practicar una exploración ginecológica a fondo, o si se realiza una histerosalpingografía, que dichas pacientes presenten, junto con una involución uterina, una fuerte antero o retroflexión asociada con una desviación diestra o siniestra. Involución uterina que se extiende desde el trozo de útero situado en el fondo de la vagina, la «portio» con un orificio cervical externo muy diminuto y un globo uterino, reducido de tamaño, flexionado hacia adelante o hacia atrás.

Respecto a la involución uterina o hipoplasia de la mayoría de estas enfermas afectas de dismenorrea, es criterio nuestro, sostenido en otro lugar [1], que este signo,

* Buscopán-Novalgina se conoce en el comercio con el nombre de Buscapina Compositum. De la firma C. H. Boehringer Sohn Ingelheim. S. A. E.

[1] Peña-Regidor: *Acta Méd. Tenerife*, XI, 41. 1948.
J. Schmidt: *Die Med.*, 1.293-1.295, 1952. H. Bönig y A. Kirch: *Med. Klinisc.*, 351, 1952.

siempre o casi siempre, es exponente de una insuficiencia ovárica, en la mayoría primaria y en el menor número de los casos secundaria, esta última de génesis infecciosa, bien por vía ascendente, como las del género de Neiseer, o descendente, como las de naturaleza tuberculosa o estrepto-estafilo o coli. Cuando la involución la catalogamos por causa primaria, atribuímos el defecto del desarrollo del útero y órganos anejos a la placa germinal o a una disfunción del centro diencéfalo-hipofisario; por el contrario, a la involución o hipoplasia genital secundaria casi siempre es el agente infeccioso el responsable del retraso del desarrollo.

La terapia para combatir los disturbios subjetivos, y muy especialmente las algias abdominales durante los días de la menstruación, es la misma, sea la forma o causa que ha motivado este retraso o defecto del desarrollo de los órganos genitales.

Los espasmolíticos analgésicos —menos los opiáceos, que están completamente prohibidos— son las drogas que para estos fines se manejan.

Enumerar toda ellas sería imposible. También la terapia física, quirúrgica, etc., se emplea con éxito en las dismenorreas funcionales.

En este trabajo nos referiremos exclusivamente a las drogas bloqueadoras del vago, el Buscopán, que por el año 1952 J. SCHMIDT, como también otros autores germanos —H. BÖNIG y A. KIRCH— han referido la acción beneficiosa de la misma frente a los dolores en bajo vientre de origen genital, por sus efectos sobre el sistema nervioso autónomo de los órganos huecos, bloqueando los ganglios parasimpáticos en este sector y aboliendo todo fenómeno espástico, que es el signo predominante en este síndrome que nos ocupa. No obstante, JOSEF SCHMIDT, en el trabajo que mencionamos, registra casos en que dicha medicación no proporciona el fin perseguido; aunque en dicho escrito no da detalles de sus protocolos, suponemos que se tratase de casos de endometriosis, malformación congénita, pólipos cervicales, útero miomatoso, etc., que esta droga, por sí sola, es incapaz de resolver situación tan desagradable. La idea de los investigadores de la firma «Boehringer y Shon», de manejar para aquellos casos una terapia que fuese inofensiva y eficaz, les ha llevado a mezclar con este ganglioplejico otra droga que no sólo potencialice sus efectos espasmolíticos, sino que también tuviese una acción central analgésica; para ello han recurrido a unir con el Buscopán una medicina del grupo de las antitérmicas-analgésicas (pirazolona), la Novalgina, derivada de la misma fórmula que el piramidón. Mezcla ensayada por W. LUTZHEYER en el terreno urológico, con resultados positivos frente a los cólicos renales. Medicación que comercialmente se conoce con el nombre de Buscapina-Compositum y que, según LUTZHEYER, en el 50 por ciento de estos pacientes, esta medicación corrige dichos ataques dentro de los primeros tres a seis minutos.

MATERIAL DE ENSAYO

Con material procedente de enfermos del Hospital Civil de esta capital y de mi consulta privada, hemos recogido para este estudio setenta y tres casos en cuya selección se ha descartado a sujetos portadores de lesiones orgánicas muy manifiestas, como endometriosis, pólipos cervicales o uterinos, matriz miomatosa, donde la terapia quirúrgica es la única arma eficaz; nos hemos limitado a encasillar útero hipoplásico, que presenta bien una antero o retroflexión o lateralización diestra o siniestra acusada, diagnosticada bien por tacto o por otra exploración auxiliar ginecológica. Huelga decir que no todas las hipoplasias genitales se acompañan de dismenorrea, como también que es posible que en nuestro material alguna de las

pacientes incluídas haya sido mal diagnosticada y las «algias» estén motivadas por adherencias, etc.

Utero hipoplásico con imagen de mucosa, festoneado y lateralizado, treinta y nueve casos; útero ídem, fuerte anteroflexión, veintitrés casos; útero hipoplásico cuello muy reducido de tamaño, doce casos; útero miomatoso, seis casos; útero infantil, con antigua historia de proceso anexial (¿tuberculosis genital?), dos casos. Total, ochenta y dos casos.

Véase la historia siguiente:

Núm. 2.018. Nombre: A. G. Edad, 19 años. Asténica. Pesa 45 kilos. Sin antecedentes obstétricos. Menarquía a los 13 años. Nunca enferma. La exploración de todos sus aparatos, sin interés. P. A. 100/70. Tonos corazón, normales. En la infancia, una colitis de veinticinco días de duración. Causa de la consulta: dolores muy acusados durante las primeras horas de la regla. Aspirina y bebidas alcohólicas, no cede. Tipo 4/30.

Reconocimiento.—Tacto, se aprecia un útero alargado enclavado en fosa ilíaca izquierda, tamaño pequeño. Ovarios y trompas no se tocan.

Diagnóstico: Dismenorrea por hipoplasia genital y lateralización del mismo.

Medicación: Buscapina-Compositum vía e. v. A los tres minutos ceden los cólicos y se incorpora en la cama y pide un cigarrillo.

A los dieciocho días después del ciclo la volvemos a ver. Encontramos: Cuello cervical puntiforme. Moco cervical helecho positivo. Histerometría, 4 cm. Utero muy lateralizado, reducido de tamaño. Disterometría, 4 c. c. Anejos no se palpan. Biopsia de endometrio, fase de proliferación avanzada. Temperatura basal, hasta el día de la fecha, no hay elevación (monofásica).

Diagnóstico: Hipoplasia genital de causa ovariógena por un proceso antiguo infeccioso. ¿Tuberculosis genital?

Consideraciones

Los resultados que hemos recogido en este terreno, manejando esta medicación (Buscopán-Novalgina) en sus diversas formas de presentación al público, diremos que para estos casos, cuando somos llamados en una situación angustiosa para los familiares que rodean a la paciente, y por la forma aguda en que esta dolencia se manifiesta, la vía endovenosa es la que aconsejamos, por la forma teatral en que responde, y lo hemos dejado bien claro en la historia que hemos referido. Para continuar, si hace falta, con la vía rectal. Esta vía también con frecuencia es recomendada para instaurarla horas antes de que se inicien dichas manifestaciones subjetivas, siempre que la paciente pertenezca a las que acostumbran llevar un calendario menstrual y anotan rigurosamente esas fechas. Para este tipo de enfermas, la vía rectal está muy indicada. En el uso de esta medicación para combatir las algias de las reglas en mujeres portadoras de procesos anexiales antiguos, con múltiples adherencias o con útero miomatoso, siempre en primer lugar hablamos de la operación o prescribimos esta terapia con cierta reserva, a razón de tres supositorios o dos ampollas dentro de las doce horas.

RESUMEN

Se exponen las diversas formas de dismenorrea. Se apunta que la hipoplasia asociada con desviación uterina o antero o retroflexión, en muchos casos es la causa de estos disturbios durante la regla. Se indica su tratamiento con Buscapina, y se presentan ochenta y dos casos en que esta nueva droga se comportó muy favorablemente.

Dirección: Méndez Núñez, 74. Santa Cruz de Tenerife.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 403 - TOMO LXVIII
OCTUBRE 1959

PUERICULTURA PRECONCEPCIONAL

(EUGENESIA O HIGIENE DE LA RAZA)

POR

RICARDO HORNO LIRIA

MATERNÓLOGO DEL ESTADO

ZARAGOZA

La Eugenesia tiene por objeto la mejora progresiva de la especie mediante el fomento de la «buena generación» y por la «procreación higiénica», consistiendo, en suma, en el ennoblecimiento físico y mental del hombre para mejorar la raza.

Al decir de HUERTA, constituye ciencia y arte. Ciencia, por sus medios de estudio; arte, por sus aplicaciones. Como ciencia, tiene por objeto la investigación de la herencia biológica; como arte, tiene por fin la buena generación.

Su programa puede resumirse así: favorecer la estabilización de las mejores cualidades hereditarias e impedir la adquisición de caracteres degenerativos transmisibles por herencia, organizando la sociedad humana contra los factores de degeneración, ejerciendo el control de la nupcialidad, evitando en lo posible que se realicen matrimonios entre tarados y degenerados y vulgarizando y aplicando los conocimintos necesarios para la protección individual y racial.

A. Factores en que se basa

Para conseguir estos propósitos, la Eugenesia procura investigar el patrimonio hereditario de las familias y apreciar las cualidades físicas y mentales de sus componentes, teniendo en cuenta el estado particular de cada uno, ya que cada individuo viene a ser un eslabón de la cadena hereditaria de las generaciones sucesivas.

Esta idea no es nueva; era ya conocida en las antiguas civilizaciones, y en la mente de todos está el recuerdo de las famosas leyes de Licurgo, en Esparta, para asegurar una descendencia robusta que mantuviese la hegemonía de su pueblo.

Es FRANCIS GALTON, en los tiempos modernos, quien cimenta definitivamente su estudio al ocuparse de los factores sociales que pueden mejorar o perjudicar los caracteres hereditarios de las generaciones futuras.

Según este autor, cuyos trabajos fueron el origen del movimiento eugénico actual, esta ciencia comprende «el estudio de los factores sometidos al control de la sociedad y susceptibles de modificar, en bien o en mal, las cualidades (físicas o morales) de raza en las generaciones futuras».

Aun cuando no data sino de 1883, es tan vieja como el mundo civilizado, pues desde que el grupo humano se constituyó en sociedad, se ha visto aparecer una ética de la especie que, más o menos rudimentaria, se traduce en forma de prescripciones dictadas por los poderes civiles o religiosos.

El objeto de esta eugénica social es sustituir, mediante una selección dirigida, basada en las leyes de la herencia, a la selección a ciegas realizada bajo influencias puramente sentimentales o sexuales, y al cuidado de los débiles y tarados. Es preciso para ello, dice CHARLES RICHET, «por medio de leyes sobre el matrimonio, emprender la selección humana».

Es indiscutible que un individuo capaz, activo y bueno, rinde a la sociedad mucho más de lo que ésta pide, constituyendo por ello un valor económico. Un inválido de cuerpo o de espíritu, además de ser un individuo mal conformado en el aspecto eugénico, toma, por el contrario, de la comunidad más de lo que a ella rinde, representando, por tanto, no sólo un valor *negativo*, sino un *déficit* económico (FOREL).

Pero al plantear el problema eugénico hay que tener en cuenta no sólo el lado materialista del cuerpo, sino también la exaltación de los valores espirituales, pues el verdadero fin del matrimonio no sólo es la creación de los hijos, sino la *constitución de la familia.*

Fácil problema sería la selección de los individuos para mejorar la raza, si estuviera circunscrito al terreno meramente antropológico y bastase con el exacto conocimiento de las leyes de la herencia, que mantiene en el decurso de las generaciones el patrimonio herditario racial. Por eso, cuando se estudia superficialmente esta cuestión, parece sencillo resolverla con el matrimonio de individuos bien constituídos; pero la selección es muy difícil y además fallan frecuentemente en el hombre las leyes hereditarias de la transmisión de cualidades psíquicas.

De aquí el nacimiento y desarrollo de la llamada «Eugamia» y de sus métodos, que se proponen seleccionar personalidades biopsíquicas que, fusionadas, transmitan a la prole cualidades caracterológicas convenientes a la prosperidad social, interfieran estigmas y taras psíquicas y creen, en la personalidad de los hijos, nuevas propiedades caracterológicas favorables a su expansión vital (VALLEJO NÁGERA).

La doctrina de GALTON no pretende transformar la sociedad en un establecimiento zootécnico de perfeccionamiento, ni tiene por fin convertir a los enfermos y tarados en renegados que deban excluirse violentamente de la convivencia social mediante su aislamiento y de la función procreadora por medio de la esterilización (eugenesia negativa)

De acuerdo con los preceptos humanitarios y sociales, procura robustecer los principios de verdadera solidaridad individual, imprimiendo una nueva orientación médico-social para el máximo rendimiento de los esfuerzos de cada uno, en provecho colectivo y, por tanto, de la especie. Por eso no ha de limitarse particularmente a las propiedades somáticas, sino que ha de interesar también la exaltación de los valores espirituales. Hay que pretender, al regenerar a los individuos para mejorar la sociedad, robustecer los principios y sentimientos familiares y los lazos que unen a las generaciones, fortaleciendo así un elemento de moralidad o de confianza en el porvenir.

Hoy, de acuerdo con las primitivas doctrinas de GALTON, se concede mayor importancia a los factores sociales que a la eliminación de sujetos patológicos, y se tiende a una acción social que favorezca la fecundidad de los elementos normales, creando medios legales y humanitarios que, facilitando la vida familiar, aumenten los recursos indispensables para la educación de los hijos, y se proclame a la

vez, con energía, la necesidad de la educación popular en cuestiones de higiene y de herencia, que permitan luchar acertadamente contra todos los factores de degradación y envilecimiento de la sociedad.

Recordaremos, dice VALLEJO NÁGERA, «que lo que nos ofrece un individuo en el momento de nuestra observación, lo que llamamos el *fenotipo*, resulta de la mutua influencia del *genotipo* (soma hereditario) y del *paratipo*, entendiendo por el último la totalidad de los factores etiológicos que actúan sobre un ser en el curso de su evolución. Por eso la higiene de la raza no puede limitarse exclusivamente a perfeccionar y mejorar el genotipo, sino que tiene que intervenir sobre el fenotipo, mezcla de propiedades constitucionales y de adquiridas transmisibles hereditariamente. Compréndese ahora que cuando tratamos de establecer los jalones de una higiene de la raza no podamos olvidarnos de la moral tradicional, de una atmósfera espiritual sobresaturada éticamente para incrustar sus normas en el genotipo y transformarlas en fuerzas instintivas a cuyo cargo corre la transmisión, a través de las generaciones, de las excelencias psíquicas de la raza. En lugar de destruir genotipos tarados, debemos modificar favorablemente los que existan, a fuerza de construir fenotipos perfectos».

En la historia de la Humanidad se registran muchos intentos de selección consciente; pero, pese a todas las intervenciones artificiales, siempre se han impuesto las leyes naturales en los complejos procesos biológicos, puesto que en su sabiduría infinita supieron orientar mejor la marcha de las especies con la supervivencia de los mejores. Parece en esto existir un mecanismo de defensa de la raza, que va atenuando las características morbosas de sus antepasados.

La campaña preconcepcional o eugénica se basará, pues, en la lucha contra los factores de degeneración, que son todos aquellos agentes de varias clases que actúan perjudicialmente desde el punto de vista anatómico o funcional, desviando al hombre del tipo medio de la raza, y en el estudio de las cualidades hereditarias, así como en la campaña higiénica y de saneamiento contra las enfermedades infectocontagiosas, contra el pauperismo, ignorancia y vicios sociales (alcoholismo, tóxicomanías, prostitución) y contra las enfermedades venéreas, que tanto daño causan a la descendencia. Y procurará, sobre todo, fomentar las reglas higiénicas de vida y la conveniencia de unión de seres sanos, creando una atmósfera social pura que regenere pronto las cualidades somáticas e intelectuales transmisibles por la herencia; es decir, practicando una *eugenesia positiva.*

Como dice PEDRAZA, la Eugenesia, en sus relaciones con la Puericultura antenatal, no es, ni debe ser, más que un medio preparatorio del enlace matrimonial, y en cierto modo podría asemejarse a la labor que en cuanto al espíritu realiza la Iglesia en los que van a contraer matrimonio canónico.

B. LABOR EUGÉNICA NEGATIVA (ESTERILIZACIÓN)

Algunos eugenistas, llevados de un criterio exagerado, quieren prohibir el matrimonio a todos cuantos sufren una enfermedad grave o tienen disposiciones nocivas, que probablemente se heredarían, y así han tratado de eliminar a los tarados mediante la segregación, impidiendo la procreación de los degenerados a beneficio de la *esterilización*, impuesta como medida legislativa, cuando la salud de los padres haga esperar retoños enfermos.

Las indicaciones para recurrir a esta operación la fundamentan en motivos eugénicos: enfermos por herencia (erb-krank) o como castigo a graves delitos *(esterilización penal).*

La *esterilización eugénica* fue empleada por vez primera en los Estados Unidos, allá por 1907, en Indiana, y su idea se difundió por otros muchos Estados de América y Europa; pero no fue adoptada en gran escala hasta la promulgación de la ley alemana del 25 de julio de 1933, para la prevención de una prole enferma por herencia (Gesetz fur Verhütung erbkranken Nachwuchses). En esa ley y sus complementarias se establecía la esterilización para aquellos individuos cuya descendencia, según los datos de la ciencia médica, podría sufrir con gran probabilidad graves enfermedades hereditarias físicas o psíquicas que requirieran una costosa asistencia por parte del Estado.

Las enfermedades comprendidas en la ley alemana eran las siguientes: debilidad mental congénita, esquizofrenia, locura circular (maníacodepresiva), epilepsia hereditaria, graves deformidades físicas hereditarias, corea de Huntington, ceguera y sordera hereditarias, alcoholismo crónico.

Estas medidas las consideramos no sólo ilegales, inmorales e ineficaces, sino hasta perjudiciales, tanto para el individuo como para la raza.

La libertad de la esterilización acarrea tristes consecuencias. Como dice DE TONI, en las naciones en que la esterilización ha sido legalizada se ha asistido al espectáculo, poco edificante, de numerosas demandas espontáneas, tanto de hombres como de mujeres que han pedido ser sometidos a la intervención con el solo objeto de poder gozar sexualmente sin consecuencias peligrosas. Se ha observado también que los hombres esterilizados son particularmente buscados por las mujeres que no desean procrear, y se han desarrollado verdaderas epidemias de sífilis provocadas por algunos de estos hombres, estériles, sí, pero enfermos de lúes.

Pero además, con este proceder condenable tampoco se soluciona el problema, pues la transmisión hereditaria tiene su tanto por ciento de probabilidades y, como dice SCHAFFER, no llegan a certeza absoluta, pues las enfermedades se heredan de un modo recesivo.

VALLEJO NÁGERA, que estudió este asunto de modo magistral en su libro «La asexualización de los psicópatas», dice:

«No puede legislarse sobre la privación del sagrado derecho a procrear hijos; no puede despojarse al individuo de atributos que le concede el derecho natural, aunque se trate de locos y criminales, sin que sólidas razones científicas lo justifiquen conjuntamente, primero y primordialmente en beneficio del interesado, y en segundo término, en provecho de la colectividad.

Protestamos de una eugenesia cuyo epicentro está localizado en una medida atentatoria al derecho de gentes y a la dignidad humana y que además anula una serie de tendencias individuales instintivas (ambición, adquisitividad, etc.) que, útiles al individuo, también redundan en provecho de la colectividad.»

El estado actual de nuestros conocimientos acerca de la herencia, unido a la dificultad del pronóstico hereditario y del diagnóstico clínico, *no justifica* cumplidamente, y desde un punto de vista científico, la esterilización de los individuos afectos de enfermedades, anomalías o deficiencias del psiquismo.

Desde el punto de vista de la religión católica, la esterilización es, además, un acto inmoral. El acto sexual le es concedido al hombre con objeto de la procreación, y por lo mismo es contrario a la moral cristiana privar de esta posibilidad, dejando intacto sólo el goce amoroso de que va acompañado. Por eso la Iglesia católica rechaza enérgicamente la esterilización, no haciendo distinción entre la voluntaria y la coactiva. (Encícl. «Casti Connubii».)

Aparte este testimonio, que para nosotros, como católicos, señala firmemente una norma de conducta, hemos de considerar, en los casos de esterilización con

finalidad eugénica, que los individuos afectos son ciudadanos que cumplen sus deberes para con el Estado, que son legalmente inocentes y por lo mismo deben ser salvaguardados en sus derechos.

C. RECONOCIMIENTO PRENUPCIAL

El acuerdo entre hombre y mujer para realizar la unión y constitución de una familia debe estar basado en una porción de circunstancias cuyo complejo es lo que constituye el amor, que es aquella inclinación que atrae nuestra voluntad hacia lo que nos parece bello o digno de cariño.

Este ha de estar originado por el impulso instintivo; pero luego hay que meditarlo sobre los imperativos individuales del carácter, de manera que haya cierta disparidad entre ellos, o sea, que cada individuo reúna caracteres físicos y psicológicos opuestos; es lo que denomina HUERTA «armonía de contraste». Y, por último, ha de fundamentarse en móviles sentimentales, que es lo que le comunica esa aureola de espiritualidad y simpatía.

La época de la vida mejor para efectuar el matrimonio varía mucho de unas personas y territorios a otros; en general, puede fijarse en nuestra tierra en unos veinte a veinticinco años, para la mujer, y en unos veinticinco a treinta, en el hombre. Desde el punto de vista ulterior de los hijos, las facilidades para el parto son mucho mayores para las mujeres jóvenes que para las de edad algo más avanzada (treinta a treinta y cinco años). Además, el matrimonio precoz permite la satisfacción de ver completo, hasta fecha muy avanzada, el desarrollo y la vida de los hijos.

Toda la puericultura preconcepcional puede condensarse en los siguientes postulados: Sólo de padres sanos se pueden obtener hijos en las mismas condiciones. Quienes padezcan enfermedades transmisibles no deben casarse. Todo enfermo, antes de ser padre, debe curarse, y si no se cura no debe ir al matrimonio.

Antes de contraer matrimonio, ambos interesados deben, cada uno por su parte, someterse a un examen médico riguroso, para poder ir a él con todas las garantías de que no hay en su organismo lesión alguna que ponga en peligro su vida y que no sufre enfermedad incurable o transmisible por contagio o por herencia, ya que de padres sanos derivarán siempre hijos en iguales condiciones de salud.

Partidarios de los exámenes médicos preventivos, estimamos que es ventajoso para cada individuo, y para la sociedad, organizar exámenes sanitarios periódicos (anuales, por ejemplo), con objeto de encontrar a tiempo los primeros síntomas de una enfermedad todavía latente y detener sus progresos cuando aún la curación no esté alejada de nuestros recursos. Cuando esta regla del examen sanitario periódico se impusiera para cada uno de nosotros, nos parecería lo más natural practicarlo antes del matrimonio.

Esta necesidad del examen médico antes del matrimonio aparece evidente cuando se examinan, aunque sea superficialmente, las estadísticas de morbilidad. La tuberculosis, las afecciones venéreas, las enfermedades mentales y nerviosas, las intoxicaciones y tantas otras alteraciones profundas que modifican el organismo de los padres, son la causa de un desgaste progresivo y continuo de la especie humana.

Como dice ADOLPHE PINARD, es singular que las naciones civilizadas escojan los hombres mejores, mediante el examen médico, para enviarlos al ejército, es decir, a una muerte eventual, en tanto que para propagar la vida se deja al individuo completamente libre, sin más traba que su capricho.

Los médicos puericultores de los consultorios prenatales, o los de familia, deberán ilustrar a los cónyuges, haciéndoles ver los peligros de una enfermedad hereditaria o contagiosa para el otro cónyuge y para la descendencia; deberán también informar acerca del estado de salud, procediendo para ello al examen de los contrayentes, para descubrir sus taras orgánicas.

Puede decirse que todo el problema de la puericultura preconcepcional, de la eugenesia, radica en el reconocimiento de los futuros contrayentes y que de éste depende la conveniencia o no de efectuar esta unión, ya que la procreación de seres sanos o enfermos tiene su primer origen en el grado de sanidad o enfermedad de los padres y de sus antepasados, y los cuidados preconcepcionales tienen el deber de preparar el terreno donde ha de desenvolverse el nuevo ser, orientando al futuro matrimonio para que se realice o no la procreación, como dice PINARD, civilizando el instinto de reproducción.

Prescindimos de dar una explicación sobre cómo ha sido acogida esta idea y la legislación que sobre ella se ha realizado en algunos países donde se ha establecido con carácter obligatorio, cristalizando el examen médico en el certificado prenupcial con capacidad prohibitiva y suspensiva de la nupcialidad, porque ocuparía gran número de páginas y no tiene interés alguno de aplicación en nuestro país.

Casi todos los autores están acordes en que es muy difícil que sea el Estado quien se encargue de verificar este reconocimiento, no sólo por la incompleta preparación del público, sino por las dificultades de orden médico que surgen, aparte de los cuantiosos gastos que llevaría consigo la instalación de estos consultorios prenupciales, que no corresponderían a los beneficios que se obtuvieran; esto sin entrar para nada en la intromisión que significa la intervención del Estado en el libre derecho natural al matrimonio.

Pero se puede y se debe, como dice PEDRAZA, llevar al ánimo de todos los individuos *el convencimiento de la necesidad de determinar su estado sanitario en vísperas de sus nupcias, para, en consecuencia, aconsejar o desaconsejar el proyectado enlace.* La Iglesia no se opone al reconocimiento; lo que condena es el empleo de medios coercitivos; pero acepta los persuasivos. Por nuestra parte, consideramos que la propaganda en favor del examen médico prenupcial voluntario debe ser cada vez más extendida y difundida entre las masas; pero la obligatoriedad de un certificado médico prematrimonial debe ser rechazada, como ahora veremos, por tratarse de un procedimiento que es inútil y perjudicial.

D. ENFERMEDADES PELIGROSAS PARA LA DESCENDENCIA

Es un hecho cierto que las uniones entre personas pertenecientes a familias taradas llevan en sí un gran riesgo para la prole, que aumenta si los cruzamientos se efectúan entre consanguíneos, pues los descendientes suelen heredar los caracteres genotípicos morbosos de sus antecesores. A esto se suman ciertas lesiones ocasionales o crónicas de las células reproductoras (blastotoxias), capaces de ocasionar graves perjuicios a la progenitura.

De aquí que haya casos en que el matrimonio deba desaconsejarse de manera absoluta y formal definitivamente, y otros en que se desaconsejará solamente de una manera temporal.

1.º *Se desaconsejará definitivamente* cuando uno de los candidatos al matrimonio esté afectado por una enfermedad peligrosa o nefasta para el otro cónyuge o para la descendencia, sin que pueda esperarse una mejoría posible o suficiente.

Desde el punto de vista de los cónyuges, deben considerarse como tales: las enfermedades de pronóstico fatal (cáncer, tuberculosis muy graves y avanzadas), las intoxicaciones graves inveteradas (alcoholismo crónico), las graves afecciones del corazón o de los vasos (aneurismas, aortitis), la hemofilia, algunas enfermedades nerviosas graves (sífilis nerviosa, tabes, parálisis general, esclerosis en placas, epilepsias de forma severa), las enfermedades mentales incurables (locuras sistematizadas), la criminalidad y la vagancia irreductibles, el homosexualismo.

Desde el punto de vista de los hijos, deberán desaconsejarse con arreglo a un criterio eugénico, aquellos que impliquen una procreación imposible (mujeres que hayan sufrido mutilaciones operatorias que no les dejen aptas para la maternidad —histerectomía— o que presenten deformaciones óseas acentuadísimas que puedan ser causa de distocia grave). También en aquellos casos en que uno de los cónyuges esté afecto de: 1. Enfermedades mentales familiares (suicidio hereditario, locura de los degenerados, etc.). 2. Enfermedades nerviosas familiares (corea hereditaria de Huntington, heredoataxia cerebelosa de Pierre Marie, epilepsia hereditaria). 3. Afecciones neuro-oculares familiares (hemeralopia esencial congénita familiar, retinitis pigmentaria, etc.). 4. Enfermedades óseas familiares. 5. Diversas malformaciones hereditarias (pinzas de cangrejo, etc.).

Igualmente se desaconsejará médicamente el matrimonio en aquellos individuos que presentan una enfermedad familiar con herencia discontinua (retinitis pigmentaria, sordomudez familiar, etc.). Así como el de un individuo sano con mujer indemne en apariencia, pero cuyos hermanos están atacados por una enfermedad familiar con herencia matriarcal, tipo hemofilia.

2.º *Se desaconsejará temporalmente* el matrimonio, aplazándolo para más adelante, cuando uno de los futuros contrayentes esté afecto de una enfermedad contagiosa grave para el otro o nociva para la descendencia y cuyos peligros puedan desaparecer al cabo de un plazo más o menos largo, después de un tratamiento metódico y prolongado. Tales son la tuberculosis evolutiva, las enfermedades venéreas en período contagioso, chancro blando, blenorragia aguda, lepra, sífilis, etc.

E. CERTIFICADO PREMATRIMONIAL

Los eugenistas modernos se han propuesto impedir el matrimonio de individuos portadores de diversas taras y enfermedades contagiosas peligrosas para el otro cónyuge o para la prole, y tratan de obligar a los futuros esposos, antes del matrimonio, a someterse a una revisión médica y presentar después el oportuno certificado de su idoneidad.

La utilidad de semejante disposición legislativa ha sido objeto de vivas discusiones; por nuestra parte, al igual que DE TONI, consideramos que es no solamente inútil, sino también perjudicial.

Las razones o argumentos que se oponen a toda medida eugénica de carácter coercitivo, y concretamente al certificado prenupcial, podemos agruparlas brevemente en la siguiente forma:

a) *Argumentos de índole teórica, o sea, de orden filosófico moral*: 1.º La existencia de un insuprimible derecho natural del hombre al matrimonio y a cierto grado de felicidad. 2.º El reconocimiento de la suprema dignidad del hombre, que merece ser respetada y por la cual no se le pueden aplicar medios de selección que no estén en consonancia con su dignidad.

b) *Argumentos de orden biológico y eugénico*: 1.º La incertidumbre de nuestros conocimientos sobre la transmisión hereditaria de las taras patológicas de los

padres y, en general, de los caracteres adquiridos. No sabemos aún de modo preciso cómo se comporta la herencia morbosa; si algunas enfermedades se transmiten íntegramente o solamente en forma de una mayor predisposición; si en los descendientes no se produce a veces una inmunidad natural, a la vez que una predisposición o una enfermedad; y, finalmente, si el cruzamiento entre enfermos y sanos no representará en ocasiones un estímulo benéfico para un mejoramiento de la raza, en vez de una degeneración. 2.° La imprecisión de la ciencia eugénica. Y 3.°, la insuficiente documentación del cuerpo médico.

c) *Argumentos de orden médico*: 1.° La falta absoluta de seguridad para el descubrimiento de las taras de la futura pareja. 2.° Las dificultades para hacer un examen completo. 3.° La competencia médica irregular en estas cuestiones. 4.° Los errores provocados por la mala fe de los consultantes. 5.° Los certificados de complacencia y los errores debidos al médico. 6.° El compromiso y responsabilidad del médico ante un dictamen no confirmado por el curso clínico. 7.° La frecuente dificultad ante casos dudosos para decidir cuándo ha de permitirse o prohibirse, en casos de predisposición, anomalía, anamnesis de taras, estados submorbosos y similares. 8.° La violación del secreto profesional. 9.° La relativa facilidad con que algunos individuos podrían sortear el examen, por padecer enfermedades que tienen períodos de latencia (sífilis, tuberculosis, epilepsia, algunas enfermedades mentales).

d) *Argumentos de orden social*: 1.° La posibilidad de que el examen médico sea considerado por algunos sanitarios como una mera formalidad y por otros con rigor, recayendo a veces sobre el mismo sujeto juicios opuestos acerca de su aptitud para el matrimonio. 2.° La probabilidad de que al ver prohibidas las nupcias legales, el hombre (o la mujer) no se conformen con la sanción civil y religiosa y procreen hijos ilegítimos, perjudicando más gravemente a la sociedad, que trataba de purificarse. 3.° La posibilidad de que, consecutivamente al examen médico y antes de la celebración del matrimonio, se contagie la enfermedad, especialmente venérea, o manifieste clínicamente los signos de una afección hasta entonces latente, que invalide el certificado. 4.° Objeciones de orden económico, por falta de servicios y consultorios adecuados.

Tal certificado prematrimonial obligatorio ha sido establecido en la legislación de varios Estados americanos y algunos europeos; la mayoría han tenido que abolir dicha ley; otros, atenuarla, haciéndola sólo efectiva al hombre.

Como dice muy bien Fernández Ruiz, el fracaso tenía que ocurrir de manera cierta. El médico podrá evitar con su certificado que un sujeto contraiga matrimonio legalmente; pero no puede evitar la inmediata consecuencia, la unión libre, el adulterio y el aumento de nacimientos ilegítimos.

Por otra parte, esta medida será contraria a la política demográfica del Estado, al que interesa disminuir el celibato y favorecer la formación de la familia, pues la preocupación de hallarse enfermo el individuo, con alguna tara real o ficticia, hará renunciar al matrimonio a muchos individuos que habrían podido obtener óptima descendencia; y, como dice Luciene March, queriendo a fuerza de cuidados evitar el nacimiento de los débiles, que, por otra parte, la Naturaleza se encarga de eliminar a la larga, ¿no provocaremos a la vez la de los fuertes?

Es absurdo, en efecto, esperar alcanzar, gracias a este medio, el objeto prefijado de evitar la procreación de criaturas enfermas o taradas. Un médico podrá, todo lo más, prohibir a un individuo que contraiga nupcias legales; pero no podrá impedir la función sexual. El certificado matrimonial llevará, por lo tanto, implícita la inevitable consecuencia de favorecer las uniones libres, los adulterios y los nacimientos ilegítimos.

También la religión católica, que rodea de celosos cuidados la institución matrimonial, a la cual concede el carácter de un sacramento y de un vínculo indisoluble, mira con extrema desconfianza y reserva esta medida coercitiva preconizada por los eugenistas (Gemelli).

En país tan avanzado en materia eugénica como Francia, el mismo Schreiber considera como medio mejor que el certificado, la revisión médica prematrimonial voluntaria, y en ello estamos de acuerdo, pues no se puede basar en un juicio médico la prohibición de un sacramento de tanto valor espiritual y moral como el matrimonio.

F. El criterio de la Iglesia católica

Interesa grandemente, como médicos católicos y con ejercicio en un Estado católico, fijar brevemente la actitud y las normas de la Iglesia sobre este particular.

Todos los moralistas católicos rechazan la restricción del matrimonio como medida de defensa social, por conculcarse los derechos individuales y la dignidad humana. El matrimonio es, para la Iglesia católica, un medio de santificación del hombre, un género de vida normal, de vida natural, por lo cual opina que el Estado carece de derecho a prohibir el matrimonio.

Ya S. S. León XIII, en su encíclica *Rerum Novarum*, establecía: «Ninguna ley humana puede privar al hombre del derecho natural y originario a casarse, ni circunscribir en manera alguna la razón principal de las nupcias establecidas por Dios: creced y multiplicaos.»

Más tarde, S. S. Pío XI, en su luminosa encíclica *Casti Connubii*, dijo: «Hay algunos, en efecto, que, demasiado solícitos de los fines eugénicos, no se contentan con dar ciertos consejos saludables para mirar con más seguridad por la salud y vigor de la prole, lo cual, desde luego, no es contrario a la recta razón, sino que anteponen el fin eugénico a todo otro fin, aun de orden más elevado, y quisieran que se prohibiese por la autoridad pública contraer matrimonio a todos los que, según las normas y conjeturas de su ciencia, juzgan que habrán de engendrar hijos defectuosos por razón de la transmisión hereditaria, aun cuando sean de suyo aptos para contraer matrimonio.» Y más adelante agrega: «De ninguna manera se puede permitir que a hombres de suyo capaces para el matrimonio, se les considere gravemente culpables si lo contraen, porque se conjetura que, aun empleando el mayor cuidado y diligencia, no han de engendrar más que hijos defectuosos, *aunque de ordinario hay que aconsejarles que no lo contraigan...*»

Las precedentes consideraciones en manera alguna quieren decir que la Iglesia se oponga al reconocimiento médico anterior al matrimonio. Lo que prohibe la Iglesia es la *interdicción* estatal del matrimonio, aun en el caso de que el informe médico sea contrario a la aptitud de los contrayentes. De aquí que se muestre partidaria del *consejo prenupcial*, sin privar al individuo del sagrado derecho que tiene a santificar su vida por medio de un sacramento.

Además, ha de tenerse en cuenta, dice Monseñor Toht, que la familia es una institución más antigua y más primordial que el Estado. Por lo tanto, la familia tiene más derecho a tener hijos, que el Estado a tener ciudadanos sanos.

La importancia del fin eugénico no puede ponerse en duda o rechazarse; lo que se rechaza son los medios con que pretende imponerse, especialmente los coer-

citivos, que se manifiestan injustificables e ineficaces por intentar coartar un derecho natural del hombre, anterior a todo derecho de la sociedad. No es, pues, el fin, sino los medios.

La religión católica, con su razonada oposición a la limitación de nacimientos, al divorcio y a toda medida de selección negativa, es una colaboración eficacísima a la política demográfica nacional. Aparte, como dice Toht, que, con algunos impedimentos, como por ejemplo la falta de edad y la consanguinidad, hace muchas centurias que sirve a la Eugenesia.

La importancia de una sólida formación religiosa, afirma certeramente PALMIERI, es sumamente eficaz para el joven que desee formarse una familia, pues le enseña a afrontar los deberes con pleno sentido de responsabilidad, y en determinados casos le lleva a hacer espontáneamente un sacrificio que será noble por ser voluntario y destinado al bien común.

Se puede afirmar que si se viviese cristianamente no serían necesarias disposiciones legales coercitivas de tipo eugénico. Bastaría observar lo que la moral católica enseña, para ver desaparecer las más graves taras hereditarias que preocupan a los eugenistas: desaparecería la sífilis congénita gracias a la abstención absoluta de toda relación prematrimonial y extraconyugal; desaparecería toda intemperancia; desaparecería la triste suerte de los ilegítimos, porque la procreación solamente es tarea admitida en la familia normalmente constituída.

El verdadero cristiano no engaña al cónyuge, no disimula sus propias taras, no daña a la prole.

La Iglesia no veda que se persiga un fin eugénico; pero quiere que ése, como todo fin particular, esté subordinado al fin supremo del hombre, y quiere que se tienda a ello sólo con medios que sean lícitos en sí mismos y en consonancia con la dignidad humana.

G. CONSEJO PRENUPCIAL

Para llevarse a cabo una política racial eficaz, dice FERNÁNDEZ RUIZ, ha de iniciarse ésta antes del matrimonio, dando consejos y orientaciones para que se lleve a cabo en buenas condiciones de sanidad; esto es, haciendo higiene preconcepcional o eugenesia propiamente tal. Y ello, en beneficio del individuo y de la sociedad. Del individuo, porque la ocultación mutua entre futuros cónyuges, o el disimulo de sus taras físicas o psíquicas, especialmente sobre enfermedades transmisibles por herencia o por contagio, tiene como consecuencia desastrosa la ruina material y moral del hogar. De la sociedad, porque el Estado se halla interesado en obtener generaciones sanas y fuertes desde el nacimiento.

A esto agrega también VALLEJO NÁGERA que tanto o más que las condiciones antropológicas de los progenitores y sus taras genotípicas influyen en la descendencia las ideas morales y culturales del pueblo. Por eso hay que hacer una enseñanza popular sencilla, fácil, elemental, necesariamente imperfecta, pero que despierte el interés de meditar sobre la propia responsabilidad frente a la descendencia.

La *propaganda* debe tender: 1.º A la necesidad de dar los propios interesados, espontáneamente, leales informaciones sobre su estado y condiciones de salud. 2.º La utilidad de hacerse examinar por su médico de familia y pedirle consejo, con vistas a un probable matrimonio.

El *consejo médico prematrimonial* constituye uno de los más valiosos recursos de la Eugenesia positiva o conductista. Pero esta labor de medicina preventiva,

siempre moral y conveniente, ya que de sus consejos depende muchas veces, en gran parte, la futura descendencia y felicidad de un hogar, debe recaer en persona honorable, de confianza, con todas las características morales y de conciencia profesional, y para ello nadie mejor que el médico de cabecera, porque el médico de familia, que ha cuidado por sí mismo a los ascendientes, padres e hijos, tíos y sobrinos, es el único que está en condiciones de realizar este examen y valoración de los factores hereditarios familiares.

Del reconocimiento derivará siempre el *consejo*, que, para que sea útil, se dará con toda lealtad y sinceridad profesional, pero *sin que pueda servir de impedimento para contraer matrimonio*, ni por causas eugénicas ni por otras cualesquiera; pero los dos interesados en esos casos deben conocer su recíproca situación y aceptar las consecuencias. Estas son las normas que autoriza la Iglesia católica, ya que de otro modo se iría en contra de esa facultad del derecho natural, lo cual no es lícito.

Y en apoyo de ello citaremos una vez más el testimonio categórico de Su Santidad León XIII, en su encíclica *Rerum Novarum*, cuando afirma que: «Ninguna ley humana puede privar a un hombre del derecho natural y originario a casarse, ni circunscribir en manera alguna la razón principal de las nupcias establecida por Dios desde el principio: creced y multiplicaos».

En este aspecto creemos, con YAGÜE Y ESPINOSA y DE TONI, que la persuasiva palabra del médico de la familia obtendrá indudablemente resultados mil veces superiores a los que se propone una coerción legal, que siempre lleva en sí algo antipático y repulsivo, por cuanto pone trabas a nuestra libertad individual.

El médico de familia informará acerca de la herencia, temperamento y constitución, a la que tan acertadamente tanto valor reconocían los antiguos, y su consejo desinteresado, sumado al de los padres, puede evitar uniones que desde el punto de vista biológico serían necesariamente desgraciadas. Además, como dice muy acertadamente VALLEJO NÁGERA, lo que no evite el consejo del médico de familia tampoco lo evitará el certificado prematrimonial, pues son muchos los resquicios que dejan las leyes más rigurosas.

En resumen, como hemos dicho, *debe desaconsejarse* el matrimonio, en absoluto, por ejemplo: en aquellos sujetos que presenten tuberculosis grave en evolución, cáncer, cardiopatías con lesiones valvulares descompensadas, aneurismas, aortitis, hemofilia, enfermedades nerviosas graves (tabes, parálisis general, esclerosis en placas, epilepsia) y en individuos con taras degenerativas e intoxicaciones graves inveteradas (alcoholismo crónico, morfinismo).

Se prohibirá temporalmente, aplazándolo para más adelante, cuando esté conseguida la curación mediante un tratamiento metódico y prolongado, en casos de enfermedades contagiosas para otro o nocivas para la descendencia, como la sífilis y la blenorragia, en las tuberculosis con pequeñas febrículas, etc., y en todos estos casos se advertirá lealmente al otro cónyuge.

También deberán desaconsejarse, atendiendo a la sucesión, los matrimonios con mujeres que hayan sufrido mutilaciones operatorias que las hiciesen impropias para la fecundación (histerectomía) o presenten deformaciones muy acentuadas, capaces de causar distocias graves.

Y en todo momento se tendrán en cuenta aquellas palabras que tanto se han difundido por todas partes: «que sólo de padres sanos obtendremos hijos en las mismas condiciones».

Además se aprovechará ese momento del examen prenupcial para informar, tanto al hombre como a la mujer, de los cuidados higiénicos que deben prac-

ticarse durante el matrimonio, si es que ambos están en condiciones de salud para realizarlo.

Así, pues, en síntesis, la situación es clara: el reconocimiento, consejo y certificado prematrimonial son útiles y convenientes, siempre que no representen un obstáculo legal al matrimonio, por cuanto cualquier legislación coercitiva es contraria a toda ley divina, humana y biológica. De este modo, sin recurrir a medidas legales que impidan la libertad individual, y respetando los derechos imprescriptibles al buen sentido, podemos, mediante el examen médico antes del matrimonio, disminuir el número de víctimas inocentes y mejorar las generaciones venideras.

RESUMEN

Se estudia el fundamento de las medidas para mejorar progresivamente las características biológicas de la raza humana, analizando los factores en que se basa. Se hace un estudio crítico de la labor eugénica negativa (esterilización) y de las medidas positivas cristalizadas en el reconocimiento prenupcial. Se revisan las enfermedades peligrosas para la descendencia, y se hace una crítica del certificado prematrimonial, finalizando con la exposición de las normas y criterio sustentado por la Iglesia católica frente a estos problemas de "procreación higiénica".

BIBLIOGRAFÍA

AGUIRRE, Santos, y VIDAUR, Miguel.—«El certificado médico prematrimonial». Ponencia oficial de las Hermandades de San Cosme y San Damián. Ed. Muñoz, San Sebastián. 1935.

DELFINO, Víctor.—«El certificado de sanidad para cónyuges». CLÍNICA Y LABORATORIO, número de enero de 1930. Zaragoza.

FERNÁNDEZ RUIZ, César.—«Aspecto deontológico del consejo médico prenupcial». Comunicación a la Academia Deontológica. Madrid, noviembre 1940.

HARO, Francisco.—«El certificado médico prematrimonial». CLÍNICA Y LABORATORIO», número de diciembre de 1930. Zaragoza.

HORNO LIRIA, RICARDO.—«Puericultura antenatal». Zaragoza, 1935.

PALMIERI, Vicenzo.—«Certificado prematrimonial». En *Denatalitá*. S. P. E. M. Milán, 1935.

PEDRAZA. CARRASCO, L.—«Puericultura antenatal». Ed. «La Académica», *aragoza, 1935.

Pío XI.—Encíclica *Casti Connubii*. Acta Apostolicae Sedis. Roma, 1930, y A. C. N. de P., Madrid, 1931.

SCHAFFER, Karl.—«El significado de la eugenesia desde el punto de vista del médico neurólogo», pág. 2. Budapest, 1934.

SCHREIBER, Georges.—«L'Examen medical prenuptial». Rapport al Congrés de Protection a l'Enfance. Julio 1935. París.

VALLEJO NÁGERA, Antonio.—«Eugenesia de la Hispanidad y regeneración de la raza». Ed. Española, S. A. Burgos, 1937.

VALLEJO NÁGERA, Antonio.—«Higiene de la raza. La asexualización de los psicópatas». Ed. Medicina. Madrid, 1934.

VALLEJO NÁGERA, Antonio.—«Eugamia: Selección de novios». Ed. Española. San Sebastián, 1938.

VERVAECK.—«El examen prenupcial, considerado desde el punto de vista médico». *Bruxelles-Medical*, núms. 14 y 15, febrero 1930. Bruselas.

YAGÜE Y EBPINOSA, José Luis.—«Reconocimiento, consejo y certificado prenupcial». Ed. Morata. Madrid, 1934.

Dirección: Tenor Fleta, 20. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 403 - TOMO LXVIII
OCTUBRE 1959

LIBROS

AUTORES NACIONALES

PROBLEMAS CLÍNICOS DE LA FOSA ILIACA Y FLANCO DERECHOS. *Un volumen (15 por 21 cm.) de 148 páginas; rústica. Publicación núm. 17 del Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife. Hospital Central del Excmo. Cabildo Insular de Tenerife. Fuentes de Morales, 4, Santa Cruz de Tenerife. 1959.*

ESTA publicación es el resultado de una espléndida colaboración, como otras muchas publicaciones del Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife; colaboración únicamente posible por el entusiasmo de todos y la magistral ordenación y dirección del doctor T. Cerviá, que sabe mantener el espíritu de sus activos colaboradores en inquietud constante, y sobre todo siempre en la brecha, captando los más arduos y palpitantes problemas de actualidad.

Los autores y problemas que desarrollan son los siguientes: Doctor C. González Padrón, «Nociones de anatomía y fisiología de la fosa ilíaca y flanco derechos»; doctor Alberto de Armas, «Patología del íleon terminal» y «Repercusiones lejanas de los procesos de la fosa ilíaca y flanco derechos»; doctor Miguel Rizo, «Apendicopatías» y «Repercusiones de procesos lejanos en la fosa ilíaca y flanco derechos»; doctor Eduardo García Ramos, «Afecciones infecciosas del ciego y colon ascendente»; doctor Pedro de las Casas Alonso, «Tumores del ceco ascendente»; doctor Pablo de la Peña Regidor, «Afecciones ginecológicas de la fosa ilíaca y flanco derechos»; doctor Felipe Gómez Ullate, «Afecciones urológicas de la fosa ilíaca y flanco derechos»; doctor Francisco Taxonera Comas, «Vesícula biliar y flanco derecho»; doctor Alfonso Soriano Frade, «La fosa ilíaca y flanco derechos, en el abdomen agudo»; doctor Pedro Rodríguez Trujillo, «Los problemas de la fosa ilíaca derecha y flanco del mismo lado, desde el punto de vista pediátrico».

Todo ello constituye un total de doce lecciones o conferencias y diez autores, que, como se ve, aunque sólo sea por sus sugestivos títulos, no pueden ser más interesantes.

Su detenido análisis haría esta nota interminable y tendría además el riesgo de sufrir dolorosas e involuntarias omisiones; por ello queremos referirnos a su totalidad, o sea, una visión de conjunto.

Esta monografía es como un libro de actas, puesto que reúne las conferencias de los distintos temas desarrollados durante los días 24 al 28 de noviembre de 1958, que fueron seguidos de animado coloquio.

En esta publicación se agrupan, como hemos dicho, la casi totalidad de las lecciones o conferencias presentadas (sin los coloquios), y tiene el singular acierto de que todas ellas tienen un punto de coincidencia, y es que todas hacen referencia a los procesos y problemas referentes a la clínica abdominal, y más específicamente a los de la fosa ilíaca y flanco derechos, que sirve de natural y lógico aglutinante para la unidad de la monografía, realidad que se pone de manifiesto con sólo repasar los títulos de los trabajos, todos desarrollados a perfección, siendo cada uno de ellos una magistral lección, no sólo por la doctrina que contienen, sino de aplicación a la clínica, por ser eminentemente prácticos a la cabecera del enfermo para la formulación del preciso diagnóstico, y por su derivación terapéutica.

Todos los colaboradores y el director del Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife merecen una sincera felicitación, así como la Editorial por el cuidado que ha puesto en la presentación de esta interesante monografía.—M. VICENTE CARCELLER.

TRICOMONASIS SEXUAL HUMANA, *por el profesor* M. BEDOYA. *Un vol. (15 por 21'5 cm.) de 131 páginas, con 20 figuras; encuadernación en tela. Editorial Facta, Valencia. 1959.*

EL profesor Bedoya, que desde hace tiempos se constituyó en paladín de los estudios sobre este tema —tan interesante y de tan molestas y rebeldes repercusiones en la vida sexual—, resume y actualiza en esta completa monografía los conocimientos que hoy día se poseen sobre las manifestaciones clí-

nicas y transmisión de la tricomonasis, aportando los resultados y experiencias conseguidos para su tratamiento.

Dada la enorme extensión de esta parasitosis, la existencia de localizaciones extravaginales, y su facilidad de contagio, se explica fácilmente su interés social y la necesidad absoluta de un conocimiento completo y claro, que permita llevar a cabo una útil campaña para lograr un eficaz tratamiento. Por eso recomendamos la lectura de esta monografía, de la cual se obtendrá un notable provecho.

La presentación, muy cuidada y agradable, contribuye a su finalidad divulgadora entre ginecólogos, venereólogos, urólogos y médicos generales.—RICARDO HORNO LIRIA.

RÖNTGENOTERAPIA FUNCIONAL GINECOLÓGICA, *por el profesor* F. BONILLA. *Un vol. (21'5 por 15'5 cm.) de 206 páginas, con 3 figuras, esquemas, tablas y monogramas intercalados. Prólogo del profesor* M. USANDIZAGA. *Encuadernado en tela. Editorial Facta, Valencia. 1959.*

DOS partes sustancialmente distintas componen esta publicación; la primera, con noventa y dos páginas, es realmente lo que pudiéramos llamar parte doctrinal; la segunda, con ciento catorce páginas y con el título de «Protocolos», está formada por una ordenada exposición de casos clínicos perfectamente comentados, y va seguida de doce meditadas y lógicas conclusiones.

El profesor M. Usandizaga comenta en su prólogo la experiencia personal del ilustre maestro de la Facultad de Medicina de Valencia profesor F. Bonilla, en la que muestra los excelentes resultados que ha logrado muy superiores a los obtenidos habitualmente por otros clínicos, y es por ello por lo que asegura que este libro puede ser una excelente guía para poder seguir este camino terapéutico.

La terapia con los rayos X tuvo su punto de partida en 1915, con Van de Velde, que recomendó la irradiación de los ovarios con dosis estimulantes en casos de amenorrea funcional, siguiendo el fundamento de la ley de Arndt-Schultz, según la cual las dosis pequeñas de rayos X estimulan, las moderadas inhiben, y las grandes dosis destruyen los procesos vitales.

El uso de los rayos X con este fin ha sido de escasa difusión, por varias razones, entre otras la de mayor importancia quizá es nuestro desconocimiento acerca del mecanismo de acción de los rayos X en estos casos. Sin embargo, el campo de acción de esta terapia estimulante alcanza síndromes muy diversos, como lo demuestra el profesor Bonilla en esta publicación, cuyos capítulos numera del 1 al 6.

En el primero y segundo estudia el mecanismo de acción de los rayos X y su técnica de empleo; en el tercero, sus indicaciones y resultados; aquí es donde está la contribución personal del maestro, estableciendo once indicaciones clínicas según casuística propia: metropatías juveniles, ciclos anovulares, descamación retardada del endometrio, amenorrea primaria, amenorrea secundaria, síndrome de Stein-Leventhal, distrofia adiposogenital, amenorrea postpartum, amenorrea climatérica, hipoamenorrea, esterilidad. El título cuarto lo dedica a contraindicaciones y peligros; el quinto, a protocolos, y el sexto, a las conclusiones.

Es una muy notable publicación, que da a conocer la experiencia de un maestro, y esto es siempre interesante, sobre todo a través de un camino poco frecuentado, trazando normas terapéuticas a seguir, llenas de promesas.

Su agradable presentación acredita a la casa editorial.—M. VICENTE CARCELLER.

COAGULACIÓN SANGUÍNEA Y EMBARAZO, *por el doctor* LUIS ERNESTO ALEIXANDRE TRAVER. *Prólogo del profesor* FRANCISCO BONILLA MARTÍ. *Un vol. (16 por 24 cm.) de 55 páginas; rústica. Editorial Facta, Valencia. 1959.*

SE trata de una publicación de tesis de doctorado, presentada y leída ante un competente tribunal de la Facultad de Medicina de Valencia, que lo calificó de sabresaliente.

Deseamos, en primer término, felicitar a su autor, el doctor Luis Ernesto Aleixandre Traver, por su éxito académico y por su trabajo y paciente labor, reflejados en esta publicación, en la que se pone de manifiesto, como muy acertadamente dice el profesor Bonilla en su prólogo, que hay problemas en Medicina que están en constante renovación, y uno de éstos es el presente, en el que hay que admitir que aquel concepto simplista antiguo que hacía intervenir tres factores en la coagulación de la sangre se ha complicado de tal manera, que se hace precisa una revisión y uniformidad en la nomenclatura de los mismos, de los que unos son conocidos, otros algo hipotéticos y aun existe la sospecha de que los haya todavía desconocidos.

Todo esto hace que este trabajo tenga un mérito intrínseco y que su lectura tenga la compensación de ver resuelto, aunque sólo sea en relación a la gestación, parto y puerperio, el aspecto conceptual de la coagulación de la sangre.

El metódico trabajo está desarrollado en nueve secciones, siendo la última las conclusiones, de cuyas catorce parece oportuno destacar las siguientes:

6. El parto provoca una alteración del sistema de coagulación, con notable aumento de la coagulabilidad de la sangre en el postparto inmediato (tercer día).
7. En parte, puede explicarse por un discreto aumento del número de plaquetas.
8. Los títulos de toluidina muestran un claro descenso después del parto, indicando una posible disminución de la heparina y sustancias afines, lo que contribuye a explicar la hipercoagulabilidad de la sangre.
11. Existe una gran variedad individual en los resultados.
13. Precisamente las puérperas con mayor pérdida sanguínea, y consecutivamente, índices hematócrito y de hemoglobina bajos, muestran una mayor coagulabilidad sanguínea en el tercer día del puerperio.
14. Se admite que dicha mayor coagulabilidad está en la liberación de factores plasmáticos aceleradores, probablemente a partir del área placentaria.—M. VICENTE CARCELLER.

AUTORES EXTRANJEROS

ESTUDIOS SOBRE EL ESPERMA HUMANO. UNA CONTRIBUCIÓN AL DIAGNÓSTICO DE LA FERTILIDAD DEL VARÓN, *por el doctor* CHARLES A. JOËL. *Traducción de la segunda edición alemana, completamente revisada y ampliada por el doctor* JESÚS GONZÁLEZ MERLO. *Prólogo y notas del profesor* J. BOTELLA LLUSIÁ. *Un volumen (15 por 22 cm.) de 228 páginas, con 69 figuras (4 en color); encuadernado en tela. Editorial Científico-Médica, Barcelona, Madrid, 1959.*

SON cerca de veinte años dedicados al estudio de los problemas de fertilidad masculina humana los que dan al doctor Charles A. Joël la competencia de auténtico especialista, si ya no lo fuera por su cargo de jefe del Instituto para Investigación y Tratamiento de la Esterilidad, en el Hospital «Hadassah» de Tel-Aviv (Israel), como queda plenamente demostrado por el presente libro, del que dice el profesor Botella Llusiá, en su prólogo, que entre otras publicaciones sobre espermiología humana publicadas en los últimos años, ésta es, con mucho, la más completa y mejor puesta al día, lo que constituye su mejor elogio y garantía que de esta publicación puede hacerse.

No es extraño que su lectura sea apasionante y cautive al resumir con toda precisión, no sólo sus propios trabajos e investigaciones, sino por la revisión histórica y minuciosa de casi todas las investigaciones mundiales sobre este apasionante asunto.

El propio autor dice que esta primera edición española, traducción de la segunda alemana, tiene sobre la primera tres capítulos nuevos:

1.º Influencia de diferentes colorantes sobre la movilidad de los espermios. Prueba de la eosina, introducida por el autor en 1954.
2.º Medida de la velocidad de progresión espermática, según método de Botella Llusiá.
3.º Influencia de diferentes antibióticos sobre la movilidad de los espermios.

De estos capítulos nuevos, el segundo demuestra una importante contribución española en el estudio de la esterilidad. Sobre ello nos es grato reproducir las propias frases del profesor J. Botella Llusiá en su libro «Curso elemental de Ginecología», fascículo I «Fisiología femenina», cuarta edición, pág. 173 (Edit. Científico-Médica, 1957): «La medida de velocidad de progresión de los espermios ha sido hecha en nuestro laboratorio por Casares y Puras, con ayuda de un método original. Esta medida es importantísima en el estudio de la esterilidad matrimonial.»

Esta contribución es tan importante, que el doctor Charles A. Roël no vacila en incluirla en su trabajo, y no sólo esto, sino que al final de esta publicación española existe un apéndice del profesor Botella Llusiá en el que se expone detalladamente esta investigación, lo que da un especial interés a este libro para los lectores de habla castellana.

De atrayente y espléndida presentación, como es norma de la Editorial Científico-Médica; su traducción correcta por el acierto de haber sido hecha por el doctor Jesús González Merlo, que, como miembro del Departamento de Investigación de la Esterilidad del Instituo Provincial de Obstetricia y Ginecología de Madrid, es un auténtico especialista de estas cuestiones; pero no sólo esto, sino que no vacila en salir por los fueros de la más depurada deontología, como lo demuestra en la llamada de la página 48, en el capítulo referente a los métodos de recogida del material y su importancia, pues con toda sinceridad, digna del mejor aplauso, sabe decir lo que es lícito o ilícito en este terreno.

En este interesante libro, que no dudamos en calificar como fuente de ilustración y conocimiento de todo el que se sienta inclinado sobre asuntos de esterilidad, y aun a todo médico, ya que en la práctica médica estos problemas pueden repercutir en todo médico, se encuentran todas las facetas por las que pueden enfocarse sus problemas, incluso con precisa indicación de aquellos que pueden considerarse poco claros, pendientes de crítica rigurosa o de solución.

Su exposición metódica, ordenada, es suficientemente clara y docente; sus láminas, abundantes y demostrativas, en las que no faltan las obtenidas con el microscopio electrónico (un error, seguramente de imprenta, que fácilmente subsana el lector, hemos encontrado al pie de la figura 38, en cuya explicación se hace referencia a otra figura anterior, la 31, y seguramente quiere referirse a la figura 33).

Los capítulos que comprende la obra hacen referencia al bosquejo histórico en su primera parte (muy interesante), y en la segunda, el autor da todo lo que puede considerarse como doctrinal, científico y experimental, incluso con discusiones y conclusiones.

Al final, como decíamos, está el apéndice a la edición española, por el profesor J. Botella Llusiá, del mayor interés.

Después de estos breves comentarios analíticos, nos es grato terminar, en primer lugar, con nuestra sincera felicitación, por merecida, para todos los que han intervenido en la publicación de esta obra, que viene a enriquecer las bibliotecas de los estudiosos, que con frecuencia tendrá que ser consultada; y en segundo lugar, en augurar el más franco éxito por esta publicación, no dudando en pensar que los médicos la recibirán con el mayor agrado, ya que difícilmente se podrá hablar de estos problemas sin conocer la obra del doctor Charles A. Joël.—M. VICENTE.

AVORTEMENTS TARDIFS ET ACCOUCHEMENTS PRÉMATURÉS, *por el doctor* OTTO SLAMM. *Un vol. (16'5 por 24'5 cm.) de 130 páginas, con 37 figuras y XIV cuadros; rústica. Precio: 2.000 francos. Masson et Cie., 120, Boul. Saint-Germain, París, VI. 1959.*

EN este volumen, (cuya labor experimental se ha realizado en la Facultad de Ginebra) se ha reemprendido el estudio de los abortos tardíos y de los partos prematuros, con objeto de determinar la frecuencia e importancia del desequilibrio hormonal en su patogenia y, a la vez, investigar qué otras causas podrían desencadenar la expulsión intempestiva del huevo.

Como indicamos, este estudio está basado en la observación minuciosa de numerosos casos hospitalizados en la Maternidad de Ginebra por amenaza tardía de aborto o de parto prematuro. La prolongada estancia de las enfermas ha permitido repetir las dosificaciones hormonales, los frotis vaginales y los exámenes sanguíneos, y también practicar numerosos exámenes histológicos complementarios.

El autor, discípulo y colaborador del profesor De Watteville —que prologa esta obra—, ha abordado el problema intentando dilucidar tres puntos esenciales: 1.º Qué significación etiológica tienen las lesiones funcionales y morfológicas de placenta, membranas y decidua, en el desencadenamiento del aborto y el parto prematuro. 2.º Qué métodos permiten diagnosticar estas lesiones; y 3.º Qué medidas terapéuticas están indicadas ante estos casos y a qué resultados se llega con ellas en las amenazas abortiva y de parto intempestivo.

Las investigaciones hormonales y morfológicas del autor confirman su tesis de que las insuficiencias funcionales de la placenta o de alteraciones en las zonas de contacto úteroovular constituyen las causas más numerosas y frecuentes del aborto directo.

También ha estimado interesante poder caracterizar estas lesiones por medios de diagnóstico sencillos. En este aspecto, la etiología funcional con observación de las modificaciones que aparecen tras la administración de estrógenos, proporciona útiles servicios para deducir conclusiones relativas a insuficiencias foliculínicas o progesterónicas dudosas. Con la misma finalidad ha estudiado la hemostasia y la velocidad de sedimentación globular, por si pueden aportar el dato de una enfermedad úteroovular.

En la última parte del libro, basándose en la concepción etiológica a que ha llegado y en los resultados conseguidos en ciento dieciséis casos, establece unas normas terapéuticas fundamentales que pueden sintetizarse así:

Prevenir las lesiones inflamatorias primarias o secundarias debidas a las pérdidas hemorrágicas, mediante la administración de medicamentos antiinfecciosos y antiexsudativos.

Facilitar la curación de las lesiones úteroovulares por un reposo en cama prolongado, que no cesará con la detención de las hemorragias, sino solamente después de la normalización de la leucocitosis, regresión de la eritrosedimentación y mejoría del frotis vaginal.

Mejorar las condiciones tróficas del útero mediante el empleo de estrógenos naturales o de síntesis y con la corrección de las anemias larvadas.

Como se ve por lo expuesto, es un estudio bien documentado y una aportación útil a este viejo problema siempre actual.

La impresión y presentación tipográfica es la sobria y elegante a que esta Editora nos tiene acostumbrados.—RICARDO HORNO LIRIA.

CLÍNICA OBSTÉTRICA, *por el doctor* JAIME MORAGUES BERNAT. *Séptima edición. Un vol. (18'5 por 27 cm.) de 704 páginas, con 531 figuras; encuadernación en tela. Editorial «El Ateneo». Florida, 340. Córdoba, 2.099. Buenos Aires, 1957.*

CUANDO hace una docena de años recomendábamos calurosamente esta obra a nuestros lectores, por su carácter marcadamente práctico, estábamos seguros que pronto habría de lograr un sitio destacado entre las obras clásicas de enseñanza obstétrica.

El vaticinio era fácil, pues en él los temas son expuestos de manera clara y sistemática, para ser entendidos y recordados prontamente junto a la cabecera de la enferma. El paso de los años ha confirmado este aserto, y las múltiples ediciones anteriores se han agotado con rapidez en toda la América hispana y en nuestra Patria, porque en sus páginas aborda, en forma concreta, en una serie de lecciones prácticas, los problemas más corrientes de la Obstetricia, en tal forma que sus explicaciones se leen con avidez y se obtiene de ellas inmediato provecho.

Esta séptima edición, dedicada sentidamente a la memoria de su hijo, prematuramente desaparecido, ha sido realizada con el mayor cuidado y, según su autor, «es la más completa y actual de cuantas han aparecido».

Es un libro escrito con gran sentido didáctico y práctico, que contiene todos los conocimientos fundamentales y todos los datos precisos para la resolución de cada uno de los problemas que se plantean en el ejercicio cotidiano de la tocología. Es un libro apasionante, que he consultado en multitud de ocasiones, encontrando siempre en él la solución más acertada; libro apasionante y cuya lectura, como decimos, no produce cansancio ni fatiga en el lector.

Esta edición, conservando la ordenación original, tiene todos sus capítulos revisados y renovados, completamente al día.

Para su confección han servido de base las explicaciones dadas a los estudiantes en los cursos prácticos de obstetricia, y en ellas se traduce la dura e intensa labor de una enseñanza de muchos años, que se revela en esa difícil facilidad de exposición que hace que los conceptos queden nítidamente fijados y que la memoria los grabe y retenga con sencillez. Unos cuadros sinópticos que aparecen en muchos capítulos, ayudan eficazmente al logro de esta labor de enseñanza, pues sintetizan aquello más esencial.

El formato ha variado en esta nueva edición, que al presentarlo en dos columnas y con más amplitud, lo hace también de un manejo más fácil.

Como hace unos años, repetimos nuestra impresión favorable, al decir: «Recomendamos la lectura detallada de esta obra fundamental a todos los que se inicien en la práctica de la especialidad, ya que es libro con criterio muy moderno, y que ha de ser muy útil en el conocimiento y práctica de esta disciplina, estando destinado a servir de texto y obligada consulta al médico en ejercicio. Así se explica su difusión en Sud-América, en donde se ha impuesto como texto preferente en muchas de sus escuelas de Medicina».

Como resumen: es un manual práctico, moderno y actual de obstetricia clínica, que enaltece la editorial que lo imprime y atestigua la maestría del autor.—RICARDO HORNO LIRIA.

ANALES DE LA CLÍNICA GINECOLÓGICA Y CIRUGÍA ABDOMINAL DEL HOSPITAL RAMOS MEJÍA. *Director: doctor* NORMANDO ARENAS. *Vol. IV. Un tomo (18'5 por 27 cm.) de 363 páginas, con numerosos grabados. Impreso en Avenida Quintana, núm. 345. Buenos Aires (R. A.).*

EL Servicio ginecológico del profesor Normando Arenas, en el Hospital Ramos Mejía, en la capital federal de la República Argentina, goza de una sólida reputación y un merecido prestigio, como lo prueba el gran contingente de pacientes asistidas y tratadas en su sala 8.

El gran número de médicos que laboran en este servicio desarrollan una eficaz tarea de asistencia y enseñanza, no sólo en los cursos ordinarios, sino en otros complementarios y de especialización, en conferencias, sesiones clínicas, aportación a congresos, etc. Toda esta eficiente labor aparece recogida aquí en este volumen —el IV de los publicados—, y que abarca el bienio 1952-1953, en el que se ordena tan copioso material, con arreglo a los siguientes epígrafes: Conferencias, trabajos originales, sesiones científicas, comentarios bibliográficos, labor estadística e informaciones de la clínica.

El volumen, espléndidamente editado, hace honor a la clínica del profesor Arenas, mereciendo también especial mención el doctor Botaro, que ha asumido la pesada misión de encargarse de la redacción de este volumen, de gran utilidad para los especialistas que quieran seguir la actividad científica de sus colegas argentinos, y de los que es tan buen exponente el tema que hoy registramos.—RICARDO HORNO LIRIA.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 403 - TOMO LXVIII
OCTUBRE 1959
REVISTAS

NACIONALES

ABORTO HABITUAL

DEXEUS FONT, S.; CARCELLER, C., y ORTOLÁ, E. (Barcelona).—«EL ABORTO HABITUAL EN LOS ANTECEDENTES DE CUATRO MIL OCHOCIENTAS TREINTA Y OCHO PARIDAS.» *«Acta Ginecológica», vol. IX, núm. 5, págs. 265-271, Madrid, 1959.*

SE ha estudiado la anamnesis obstétrica en cuatro mil ochocientas treinta y ocho paridas, de la cual se deduce que el 14 por ciento presentaron uno o más abortos de etiología múltiple.

Clasificando estos casos de aborto, se separan treinta en que el aborto se repitió, sin ser habitual, pero además se asoció, en otros embarazos, a otros motivos de infertilidad (ectópico, mola, malformación fetal, embarazo prolongado y feto muerto). De los ciento catorce embarazos obtenidos, solamente el 24 por ciento dio lugar a un hijo vivo.

Los abortos habituales fueron dieciséis, o sea, el 0'33 por ciento. Unicamente en dos el feto viable se obtuvo mediante tratamiento adecuado. En los restantes, el resultado se consiguió sin tratamiento. En lo que se refiere a la etiología, en cinco casos fue conocida, en otros cinco se sospecha y en los restantes se ignora.

Tiene importancia el papel de las malformaciones uterinas. Por ello se estudia un grupo de dieciséis halladas en el mismo período, entre las paridas, y se comprueba que únicamente el 67'8 por ciento dieron lugar a un feto viable, y el 32'2 por ciento, de peso superior a los 3.000 gramos.—AUTORRESUMEN

NOGALES ORTIZ, E. y BOTELLA LLUSIÁ, J. (Madrid). — «ESTUDIO HISTOLÓGICO E HISTOQUÍMICO DE LA DECIDUA EN EL ABORTO.» *«Acta ginecológica», vol. IX, núm. 6, págs. 13-22. Madrid, 1959.*

SE ha investigado histológica e histoquímicamente la decidua en cuarenta y cuatro casos de aborto con restos abortivos íntegros y bien conservados. Se han hallado en doce casos (27 por ciento) alteraciones deciduales solas, y en cinco casos más (11 por ciento) alteraciones simultáneas del corion y de la decidua. En veinticuatro casos (54 por ciento) hemos hallado corion abortivo con decidua normal, lo que es una prueba evidente de que la mayoría de los huevos abortivos son de origen genético y no nutricional o ambiental.—AUTORRESUMEN.

ENDOMETRIO

MARÍN BONACHERA, E., y BOTELLA LLUSIÁ, J. (Madrid). — «LA DURACIÓN DE LA DESCAMACIÓN MENSTRUAL EN RELACIÓN CON LA ASÍ LLAMADA "DESCAMACIÓN IRREGULAR DEL ENDOMETRIO".» *«Acta Ginecológica», vol. IX, núm. 6, págs. 1-12. Madrid, 1959.*

EL hallazgo de endometrio secretor en los días quinto al décimo del ciclo, es un hecho relativamente frecuente. Puede deberse a varias causas, de las cuales la más común es la descamación prolongada de la mucosa menstrual; pero también ovulaciones precoces, hemorragias ovulatorias que se toman falsamente por menstruaciones, o abortos ignorados, pueden determinarla. — AUTORRESUMEN.

FERTILIDAD

DE LA FUENTE, F.; GÁLVEZ, J., y BELDA, A. (Granada).—«DIABETES E INFERTILIDAD.» *«Acta Ginecológica», vol. IX, número 5, págs. 273-274. Madrid, 1959.*

PARECE existir una relación evidente entre el momento de aparición de la diabetes clínica y la infertilidad. Cuanto más precozmente aparecen los síntomas, las repercusiones son más graves sobre la futura descendencia. Así, en diabetes aparecidas en mujeres de más de 45 años, los embarazos que habían existido con anterioridad terminaron fatalmente para la descendencia en el 22'3 por ciento de ellos. La infertilidad aparece en el 43'7 por ciento de los embarazos, cuando éstos tuvieron lugar poco antes de la iniciación de los síntomas de diabetes, demostrándose así la influencia definida del conocido

estado de diabetes preclínica, que obliga a la práctica sistemática de la curva de glucemia en las embarazadas, para su diagnóstico precoz.

La elevación de la infertilidad al 55'6 por ciento en mujeres diabéticas sin tratar es interesante, pero poco significativa estadísticamente, por el escaso número de casos analizados.

Sin embargo, aunque es pequeño el número de casos, la diferencia de infertilidad en el grupo de diabetes y embarazos sin tratar (55'6 por ciento), con la infertilidad de embarazos tratados (5 por ciento), es muy demostrativa, por lo que creemos imprescindible acompañar el diagnóstico precoz con un tratamiento correcto de estos casos por el endocrinólogo.

Dentro de la infertilidad es más elevada la incidencia de abortos en aquellos casos de diabetes preclínica (25 por ciento) que en los de diabetes de aparición muy tardía (17 por ciento). La falta de abortos en el grupo de diabetes y embarazos sin tratar es probablemente debida al corto número de casos. A pesar de estos datos, no nos atrevemos a afirmar el valor de la diabetes clínica o preclínica en la génesis de los abortos.—AUTORRESUMEN.

DEXEUS, S.; GUILERA, L., y DEXEUS, J. M.ª (Barcelona). — «MALFORMACIONES UTERINAS PERTURBADORAS DE LA FERTILIDAD.» *«Acta Ginecológica», vol. IX, núm. 5, página 283. Madrid, 1959.*

SE estudian en este trabajo veinte casos de malformaciones uterinas desde el punto de vista clínico, y en especial su repercusión sobre la fertilidad.

El diagnóstico se hizo por exploración simple, por histosalpingografía o por acto intraoperatorio.

La repercusión sobre la fertilidad se evidencia en el hecho de que hay ocho mujeres estériles y en que en las dieciocho que han quedado embarazadas han ocurrido treinta y ocho gestaciones, de las cuales sólo un 5'2 por ciento llegaron a término.

El trabajo finaliza con el análisis de los resultados obtenidos en los casos operados. RICARDO HORNO LIRIA.

GERIATRÍA GINECOLÓGICA

MACÍAS DE TORRES, E. (Oviedo). — «LA GERIATRÍA GINECOLÓGICA.» *«Revista Española de Obstetricia y Ginecología», vol. XVIII, núm. 105, pág. 135, mayo-junio 1959. Valencia.*

EN la senectud de la mujer, las dolencias más frecuentes son los procesos malignos reunidos en bloque, y después, con una gran proporción de casos también, el prolapso genital.

Ambos grupos de enfermedades tienen tratamiento quirúrgico cuando se observan las primeras en fase favorable para una operación radical y el pronóstico es casi tan bueno, por lo que a la intervención se refiere, como en las mujeres adultas de edad madura, sin que por esto sea partidario de extremar el radicalismo ni en las mujeres viejas ni en las jóvenes.

Las operaciones que ahora se preconizan y realizan, como extirpar el órgano directamente afectado, las suprarrenales y la hipófisis, y el vaciamiento pélvico a lo Brunswick, para el tratamiento del cáncer uterino, no me parecen aconsejables. Por una parte, mejoran poco los resultados definitivos, agravan el pronóstico inmediato y muchas veces dejan al organismo humano convertido en un verdadero guiñapo, con una vida muy poco soportable para el propio sujeto que ha sufrido tales intervenciones.

La curación del cáncer no se logrará en los casos avanzados con el ultrarradicalismo operatorio, donde se ha llegado a un punto en que conviene retroceder un poco; será por la quimioterapia, que en la actualidad se halla en una fase muy prometedora, por donde nos ha de venir el éxito.

El prolongar excesivamente la ancianidad tampoco parece una solución muy satisfactoria si no va acompañada al mismo tiempo de un estado físico e intelectual, cuando menos, pasadero. Sólo hay una cosa peor que morir joven, y es el vivir demasiado.—AUTORRESUMEN.

HIDATIDOSIS GENITAL

DE VEGA F. CRESPO, L. (Astorga).—«UN CASO DE QUISTE HIDATÍDICO UNILOCULAR ABDÓMINOPELVIANO.» *«Toko-Ginecología Práctica», núm. 174, págs. 398-405, agosto-septiembre 1959. Madrid.*

DADA la escasa frecuencia de esta localización hidatídica abdóminopelviana, y sobre todo sus dificultades diagnósticas por falta de sintomatología propia y característica, tiene interés la descripción de este caso, presentado en la reunión científica celebrada con motivo del cincuentenario del Santo Hospital Civil de Basurto (Bilbao), al cual el autor aporta algunas consideraciones y comentarios.

Termina manifestando que aunque el diagnóstico diferencial preoperatorio de la tumoración quística parezca que prácticamente carece de valor, toda vez que la solución final ha de ser quirúrgica, la tiene grande en cuanto al pronóstico, complicaciones y secuelas,

e incluso para la preparación del mismo acto operatorio.

Sólo este diagnóstico permitirá tratar la hidatidosis mediante desensibilización con un antígeno integral, pudiendo obtenerse así dos grandes ventajas para la paciente que va a ser intervenida, ya que queda: primero, en mejores condiciones quirúrgicas y libre de manifestaciones alérgicas, y segundo, pueden serle evitados los dos mayores riesgos postoperatorios: el de la sensibilización y el de las siembras operatorias. De todos modos, en estos casos, el ginecólogo debe estar siempre dispuesto para resolver los graves y complicados problemas que la hidatidosis puede originar en ocasiones.—RICARDO HORNO LIRIA.

INFERTILIDAD

CLAVERO NÚÑEZ, A. (Valencia).—«¿ES LA CERVICITIS FACTOR DE INFERTILIDAD?» *«Acta Ginecológica», vol. IX, núm. 5, págs. 275-276. Madrid, 1959.*

SE presenta el resultado de tratamiento de setenta y cinco cervicitis en pacientes infértiles, al objeto de averiguar si dicho proceso tiene algún papel en la etiopatogenia de las frustraciones.

La escasa diferencia entre las cifras de arreglos espontáneos, éxitos y fracasos no permite sentar conclusión alguna al respecto. No se puede afirmar, ni tampoco negar, la posibilidad de que la cervicitis actúe en ciertos casos como factor de infertilidad.

Se destaca la frecuencia con que a la cervicitis se le *asocian* otros factores de infertilidad (65'5 por ciento) de acción más eficiente, particularmente la subfecundidad del varón.—AUTORRESUMEN.

OVARIO

DOMÍNGUEZ ALDAME, M. (Sevilla). — «OVARIOS POLIQUÍSTICOS Y VIRILIZACIÓN.» *«Revista Española de Obstetricia y Ginecología», vol. XVIII, núm. 103, págs. 13-24, enero-febrero 1959. Valencia.*

DE la exposición de este trabajo se desprenden las conclusiones siguientes:

La virilización de la mujer puede tener un origen ovárico no blastomatoso.

Los microquistes foliculares y la reacción tecal asociada constituyen la anatomía patológica ovárica común de todos estos casos. Siguiendo a Plate, pensamos que los síndromes de Stein-Leventhal e hipertricosis testoide son un mismo proceso o, por lo menos, fases evolutivas de una misma entidad.

El diagnóstico diferencial con los síndromes de hiperactividad suprarrenal ligera (síndrome adrenogenital límite de Gold y Frank) presenta algunas dificultades y, sin embargo, reviste gran importancia, ya que la conducta terapéutica a seguir es completamente diferente.

Un mejor conocimiento del metabolismo de las hormonas testoides en el ovario facilitaría la comprensión de la etiopatogenia de este síndrome.

No debe ser olvidada, en ausencia de blastoma ovárico, la posibilidad de una masculinización por hiperplasia de células del hilio ovárico.

La asociación de un adenocarcinoma de endometrio a este síndrome es una complicación tardía que debe ser tenida en cuenta. AUTORRESUMEN.

PARTO

ALBEA URRUTIA, J., y SÁNCHEZ MARTÍN, A. (San Sebastián).—«INDUCCIÓN SELECTIVA DEL PARTO.» *«Revista Española de Obstetricia y Ginecología», vol. XVIII, número 105, págs. 151-162, mayo-junio 1959. Valencia.*

DESCRIBEN un método de gran difusión en América, donde en manos expertas da unos resultados positivos de un 100 por ciento de éxitos.

El procedimiento se basa: 1.º En la determinación de la madurez del cuello uterino y en las de la citología vaginal y urinaria. 2.º En la selección clínica de las gestantes, descartando aquellos casos peligrosos (cicatrices, cesáreas, desproporciones, grandes multíparas, obesas, etc.). 3.º En estimular la contractilidad refleja mediante la decolación, rotura de la bolsa de aguas y estímulo con ergotínicos.

La *decolación* la realizan de forma sistemática en la consulta, a toda gestante a término en condiciones de madurez cervical, se vaya o no a inducir el parto. Se practicará suavemente, con guante estéril fino y embadurnado de gel de amonio cuaternario, para conseguir mejor deslizamiento de los dedos entre cuello y membranas.

Rotura de la bolsa de las aguas: Antes de realizarla se prepara a la enferma con enema evacuante y aseo vaginovulvar cuidadoso. Si la cabeza está encajada, se rompen las membranas y se administra una pastilla de *Inductenca*. En los casos de cabeza alta, se rompe la bolsa a la hora de la primera dosis de Inductenca, con el fin de que aquélla se fije.

Estimulación de las contracciones. Cada hora administran una pastilla, hasta cinco como máximo, aunque tres suelen ser suficientes.

Una vez el parto en marcha, se llega en forma suave y con facilidad a una dilatación de cinco centímetros o una pequeña palma de mano, siendo éste el momento de la aplicación de los productos relajantes (*Dilatenca* o *Neo-Dilatenca*).

Con este proceder, los autores estiman que la inducción no fracasa, si la madurez es completa y la selección rigurosa; y que el método es eficaz cuando se practica respetando las condiciones ideales, ya que entonces no existen riesgos maternofetales.—RICARDO HORNO LIRIA.

FERNÁNDEZ RUIZ, C. (Palencia). — «EL "SIGNO DE BARCALA" EN LA SITUACIÓN TRANSVERSAL CON BRAZO PROCIDENTE.» *«Revista Española de Obstetricia y Ginecología», volumen XVIII, núm. 103,, págs. 11-13, enero-febrero 1959. Valencia.*

PARA la técnica correcta de la extracción de un feto en presentación transversal se precisa conocer dos datos esenciales: la posición de la cabeza y la del dorso fetales.

En todas las obras de Obstetricia se dan datos para saber de qué lado está la cabeza: exploración externa (no siempre fácil), cierre del ángulo axilar (que puede ser confundido con el cuello), dar la mano a modo de saludo (correspondencia de manos), y colocar el brazo procidente en supinación, con lo cual el pulgar señala al muslo correspondiente de la madre.

Ante la procidencia de brazo, el tiempo cuenta, tanto para el feto como para la madre, y un diagnóstico seguro y rápido hace ganar minutos para la intervención correcta.

En este aspecto tiene gran interés la descripción hecha por el doctor Barcala Moro de su *signo*, en el que señala que *el dedo pulgar del feto, colocado el brazo en supinación, indica siempre el lado de la cabeza fetal; y el dorso de la misma mano indica la posición del dorso del feto.* Esto ocurre así siempre, y por eso esta observación resulta meritoria y debe ser divulgada, por su seguridad y constancia.

En consecuencia, ante una situación transversal con brazo procidente, la primera medida será (aparte de todas las demás condiciones que indiquen o no la extracción) tomar la mano fetal, colocar el brazo en supinación correcta, para lo cual se comprobará que los dos huesos del antebrazo, cúbito y radio, están paralelos (no cruzados en X); lo que puede confirmarse, además, flexionando el antebrazo y la mano y viendo cómo los ángulos de flexión de la mano sobre el antebrazo, y de éste sobre el brazo, se miran por su abertura, lo que por ley anatómica no puede suceder con el brazo en pronación. RICARDO HORNO LIRIA.

PATOLOGÍA DEL EMBARAZO

OLIVA, J. L. (Málaga).—«CLÍNICA DE LA ISOINMUNIZACIÓN.» *«Toko-Ginecología Práctica», núm. 174, págs. 357-388, agosto-septiembre 1959. Madrid.*

EN este importante y completo estudio clínico, basado en cincuenta y cuatro casos de incompatibilidad (cincuenta al Rh anti D, tres anti A, un anti B), se estudian los medios de diagnóstico *durante la gestación*, que agrupa en: *clínicos* (anamnesis, toxicosis gravídica, desproporción volumen-tiempo), *radiográficos* (halo perifetal, actitud fetal en Buda, rana o nadador) y *serológicos* (determinación de grupos ABO, MN, Kell y Rh), prueba directa (compatible ABO), prueba indirecta, previa neutralización (in. ABO); prueba indirecta, incompatibles ABO); aglutinación en medio salino y albuminoso (aglutininas); prueba de Coombs indirecta (criptoaglutinoides); titulación de anticuerpos salinos y albuminosos; diagnóstico de la homo o heterozigotia del padre, y diagnóstico del grupo fetal por punción amniótica.

El diagnóstico *en el momento del nacimiento* se basará en: *datos serológicos*: determinación del grupo ABO, MN, Kell, Rh; prueba de Coombs directa, y determinación de anticuerpos libres en plasma; y en *datos hematológicos*: recuento globular, de hemoglobina y valor hematócrito; retículocitosis, eritroblastemia, leucocitosis y bilirrubinemia. En el *diagnóstico sistemático de embarazadas y recién nacidos*, y en el *diagnóstico clínico post-natal* (ictericias, anemias, prematuridad, malformaciones congénitas del corazón, etc.).

Todos estos datos implican la necesidad de una estrecha colaboración entre los servicios de Obstetricia y los de Hematología, como único medio de descubrir los casos de incompatibilidad al factor Rh o a la incompatibilidad grupal ABO, menos frecuente, con la suficiente precocidad que permita una acción protectora eficaz e inmediata sobre el feto o el recién nacido con los medios que la terapéutica pone hoy a nuestro alcance, entre los que la exanguinotransfusión ha demostrado la máxima efectividad a condición de ser precoz y suficiente.—RICARDO HORNO LIRIA.

EXTRANJERAS

ANEMIAS DEL EMBARAZO

TOULOUSE, R., y DUBOIS, J.—«A PROPÓSITO DE LAS ANEMIAS GRAVES DEL EMBARAZO.» *(A propos des anémies graves de la grossesse.) «Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique», núm. 3, págs. 183-194, marzo 1959. París.*

Los autores, después de observar numerosos casos leves y veinte graves, refieren el resultado de sus observaciones.

No se trataba de grandes multíparas, apareciendo en alguna de éstas en el primer embarazo. En su mayoría se trataba de mujeres procedentes de pueblos.

La enfermedad no empieza siempre en la misma época; es insidiosa, con síntomas digestivos: inapetencia, náuseas, digestiones penosas; pero son síntomas banales de forma que durante mucho tiempo la anemia se agrava sin que se note. El primer signo y la primera complicación verdaderamente típicos de estas anemias graves del embarazo son un trastorno digestivo, una glositis, la lengua está seca, sin papilas, análoga a la descripción de Hunter. En el interioor de las mejillas y encías se descubren aftas y pequeñas ulceraciones, dientes descarnados, sed imperiosa. De pronto, la anorexia se hace total, la anemia se agrava rápidamente; entonces la enfermedad aparece según la descripción clásica.

El examen de laboratorio muestra anemia intensa: millón o millón y medio de hematíes, valor globular igual o ligeramente inferior a la unidad, presencia de numerosos elementos jóvenes inmaduros, poiquilocitosis, policromatofilia, anisocitosis, macro o microcitosis, leucocitos relativamente aumentados, a menudo polinucleosis. El mielograma muestra una intensa actividad eritropoyética. Ligero descenso de la cifra de proteínas, aumento de la de hierro.

Además de esta forma digestiva, pueden aparecer: una edematosa con albuminuria e hipertensión, que hacen pensar en la nefropatía gravídica; otra después del parto, con fiebre elevada de 39-40 grados, simulando una sepsis puerperal grave.

El pronóstico es fatal para el feto.

El tratamiento consiste en ingestión de hígado crudo, inyección de 20 miligramos de ácido fólico por día, transfusiones de 200 a 300 c. c. y alimentación completa y variada.

La clasifican entre las megalocíticas, proteínoprivas, en relación con una mala higiene general y hábitos alimenticios deplorables, agravados por el embarazo.—J. RIVERA.

CÁNCER UTERINO

MAGENDIE, J., y BELLANGER, R. (Burdeos). — «TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES URINARIAS DE LA RADIOCIRUGÍA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO.» *(Le traitement des complications urinaires de la radiochirurgie du cancer du col utérin.) «Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique», núm. 4, págs. 261-276, abril 1959. París.*

Los autores hacen una distinción entre heridas accidentales y estenosis y fístulas estenosis. En las heridas, sutura sobre tubo de polyteno, escogiendo el más grueso posible; hacerlo llegar bastante alto del lado renal y hacerlo salir por uretra, fijándolo. En las estenosis y fístulas estenosis emplean cateterismo y cortisona; tratamiento precoz mediante la operación de Boari-Casati. Reserva de ileo-urétero-citoplastia para lesiones ureterales bilaterales, lesiones complejas ureterales y vesicales o rectales, vejiga retraída por radioterapia demasiado intensa.

En diecisiete complicaciones urinarias de la radiocirugía han tratado ocho quirúrgicamente: dos nefrectomías, una ureterostomía bilateral, una sutura términoterminal de uréter, tres operaciones de Boari y otra operación de Boari bilateral.—J. RIVERA.

ACOSTA-SISON, H.—«CORIOADENOMA «DESTRUENS» COMO UNA FORMA MENOS MALIGNA DE CORIOEPITELIOMA.» *(Chorioadenoma destruens as a "less malignant form of chorioepithelioma".) «Philippine Journal of Surgery and Surgical Specialties», vol. 14, núm. 3, págs. 134-138, mayo-junio 1959. Manila.*

La mayoría de los autores consideran el corioadenoma «destruens» morfológicamente benigno y creen que sigue un curso también benigno. Según Hertig y Mansell, esta afección va precedida solamente por la mola hidatídica, distintamente del corioepitelioma, que puede ir precedido por alguna forma de embarazo.

Dieciocho casos de corioadenoma vistos de 1950 a 1953 fueron todos secuela de una mola. Dieciocho casos posteriores, de 1954 a 1957, diecisiete seguían a una mola, pero uno fue continuación de un embarazo normal a término. Se trataba de una secundípara que regló normalmente seis meses después de su segundo parto, después sangra irregularmente y tiene dolores en la región pélvica durante tres meses, al fin de los cuales presenta un colapso. Es ingresada de urgencia e intervenida con el diagnóstico de embarazo tubárico roto, encontrándose con 500 c. c. de sangre en cavidad peritoneal y un útero perforado y con un tamaño correspondiente a una gestación de tres meses, trompas y ovarios normales. Se hace histerectomía subtotal. Seccionado el útero, se encuentran tres vegetaciones de 2 por 3 cm., una de ellas había rebasado la serosa y causado la hemorragia. La biopsia mostró que se trataba de un corioadenoma. Postoperatorio normal; pero a los veinte días aparece una vegetación sangrante en vagina; se hace cauterización, y veintiún días después vuelve a sangrar, encontrándose una vegetación en el labio mayor derecho, extendida a vagina, apreciándose otra de 6 por 3 centímetros bajo la piel del monte de Venus. Extirpación de ambas formaciones, bajo anestesia espinal y posterior radiación de la vulva. Cuatro años después, la paciente se encuentra bien.

El autor hace seguidamente un estudio de las complicaciones, diagnóstico y mortalidad, afirmando que el corioadenoma requiere una histerectomía precoz antes de que sobrevenga una perforación uterina o metástasis.—J. RIVERA.

CESÁREA

BAENS, A., y otros.—«OPERACIÓN CESÁREA EN EL PHILIPPINE GENERAL HOSPITAL.» *(Cesarean section in the Philippine General Hospital.) «Philippine Journal of Surgery and Surgical Specialties», vol. 14, núm. 3, páginas 319-146, mayo-junio 1959. Manila.*

Los autores revisan su estadística de cesáreas durante los dos últimos años, comparándola con las de años anteriores, encontrando:

1.º Disminución de la frecuencia en un 0'52 por ciento.

2.º Cambio de indicaciones, aumentando la incidencia de cesárea de repetición.

3.º Las cesáreas seguidas de histerectomía lo fueron para controlar la hemorragia postpartum y algunas en casos de cesáreas por cuarta vez.

4.º Utilizan predominantemente la sección baja transversa, reservando algunos casos para la clásica.

5.º Hacen cesárea clásica en los casos de repetición en que, a causa de adherencias, resulta difícil hacer la sección baja.

6.º Individualizan la anestesia según el caso, tendiendo a disminuir la dosis de anestésico.

7.º La tasa de mortalidad materna ha disminuído, aunque aún es alta comparada con la de otros países, ocurriendo lo mismo con las pérdidas fetales.

8.º La hemorragia es todavía el principal problema que encuentran en este tipo de intervenciones.—J. RIVERA.

DESVIACIONES UTERINAS

AUDIT, J. F. (Burdeos).—«SOBRE LA ETIOLOGÍA DE LA RETROFLEXIÓN UTERINA.» *(Essai sur l'étiologie de la rétroflexion utérine.) «Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique», núm. 4, págs. 315-317, abril 1959. París.*

Podría preguntarse por qué en unos casos el acodamiento del útero se efectúa hacia adelante, posición llamada normal, y por qué en otros se hace hacia atrás.

Piensa el autor que no es inverosímil considerar la hipótesis de un factor neuroendocrino condicionando el crecimiento exagerado de la cara anterior del útero, creando así una retroflexión congénita.

En las retrodesviaciones encuentra con gran frecuencia falta de ovulación, aumento de foliculina, tendencia a la esterilidad o a los abortos de repetición.

Si el útero está acodado hacia atrás, no puede ser debido más que a un alargamiento de su cara anterior, que sería producido por acción neuroendocrina, colinérgica e hiperhormonal (sobrecarga de foliculina).

Es frecuente comprobar en mujeres con retroflexión signos de hipotonía muscular, laxitud ligamentaria, reglas precoces, dismenorrea, hiperovarismo, aumento de estrógenos.

Piensa el autor que su teoría pide un complemento de pruebas experimentales que él no ha podido hacer y que incita a hacer para confirmar o rechazar su modo de pensar. — J. RIVERA.

EMBARAZO ECTÓPICO

SECOUSSE, J. P., y SENTENAC, B. (Burdeos). — «CELIOSCOPIA Y EMBARAZO EXTRAUTERINO.» *(Cœlioscopie et grossesse extra-utérine.) «Revue Française de Gynécologie et de'Obstétrique», núm. 4, págs. 318-320, abril 1959. París.*

Las críticas que se hacen a este examen son que el diagnóstico de un embarazo extrauterino puede hacerse por la clínica y, en el peor de los casos, por una laparotomía exploradora, y que la celioscopia, aunque sea un acto quirúrgico mínimo, no deja de tener peligros.

Han hecho celioscopia en cincuenta y cuatro casos en que el ginecólogo o el cirujano pensaban que se trataba de un embarazo extrauterino, y sólo se comprobó en veinticuatro.

Describen la técnica de esta exploración,

en la que no han tenido ninguna complicación.

Creen que no tiene razón de ser, en caso de duda, rechazar por una finura clínica y una intervención quirúrgica un diagnóstico que no precisa más que una exploración sin peligro.—J. RIVERA.

D. CRUZ, M. — «DOS CASOS DE EMBARAZO ABDOMINAL.» (*Two case reports of Abdominal Pregnancy.*) «*Philippine Journal of Obstetrics & Gynecology*», *páginas 452-456, vol. 13, núm. 5, septiembre-octubre 1958. Manila.*

SEÑALA el autor la escasa frecuencia de este tipo de embarazo. En el intervalo de dos meses aparecen sus dos casos.

El primero era una mujer de 31 años, que había tenido dos partos. La última regla hacía tres meses y medio, pero había sangrado, no abundantemente, durante seis días a los dos meses de amenorrea. El examen externo revelaba la presencia de una masa blanda, relativamente fija, no sensible, llegando casi a ombligo. El examen interno permitió apreciar útero pequeño en ante y ligeramente desplazado a la derecha por la masa citada, anejos no palpables. Abierto el abdomen, se encontró un saco amniótico adherido a colon ascendente, a transverso y a útero, englobando los anejos, que eran difícilmente reconocibles, y que contenía un feto vivo de 16 centímetros. Se sacó el feto, y se dejó la placenta con taponamiento y drenaje que se retiró al tercer día. Diagnóstico: Gestación abdominal secundaria de 16 semanas.

El segundo era una mujer de 62 años, que había tenido 12 partos, menopáusica desde hacía 20 años. Después de su último parto, hacía 23 años, tuvo amenorrea de cinco meses, acompañada de gradual abultamiento del vientre, notando después progresiva disminución del abultamiento. El examen externo reveló una masa dura, movible, en hipogastrio, ligeramente desplazada a la derecha, no sensible, irregular y de 3 x 2 x 2 pulgadas. El examen interno mostraba un útero pequeño, no bien delimitado a causa de una masa dura de 5 x 4 pulgadas, íntimamente adosada a su cara posterior y borde superior. A rayos X aparecían dos calcificaciones: una, oval, de 5 x 3 pulgadas, y otra, redonda, de 2'5 de diámetro, ambas en cavidad pélvica. Abierto el abdomen se encontró una masa irregular, calcificada, de 5 x 3'5 pulgadas, adherente a peritoneo y a punta de apéndice; útero pequeño y desplazado a derecha; no se encuentra ovario derecho; trompa, normal; quiste dermoideo del ovario izquierdo, de 2'5 pulgadas, adherido a la trompa y al colon sigmoide. Diagnóstico: Embarazo abdominal secundario derecho, con formación de litopedion y quiste dermoideo de ovario izquierdo. Se hizo panhisterectomía con salpingooforectomía izquierda, salpingectomía derecha, extracción del litopedion, apendicectomía y separación de adherencias. El examen histopatológico reveló tejido conjuntivo fibroso embrionario, cartílago y hueso con signos de hemopoyesis en cavidad medular, áreas con tejido fibromuscular y zonas de hialinización.

El autor piensa que el primer caso fué un embarazo tubárico que a las diez semanas se rompió, continuando la placenta su inserción en el abdomen y prosiguiendo un embarazo abdominal secundario.

El segundo debió ser primero un embarazo tubárico, abortado, para ser secundariamente ovárico y ,finalmente abdominal. Pero ante la dificultad de identificar el tejido ovárico en la masa litopédica, el diagnóstico de embarazo ovárico secundario queda en la duda, y todo lo más que puede decir es que se trata de un embarazo abdominal secundario, como segundo diagnóstico.—J. RIVERA.

ESTERILIDAD

LABANDÍBAR, B., y BENZCRY, L. I. (Buenos Aires). — «FRIGIDEZ Y ESTERILIDAD FEMENINAS.» «*La Semana Médica*», *t. 114, número 15, págs. 461-464, 9 de abril de 1959. Buenos Aires.*

DESDE el punto de vista de este estudio, los autores agrupan las mujeres en: frígidas absolutas (falta de libido y orgasmo), frígidas disociadas (existencia de uno solo de estos factores) y normales (coexistencia de ambos).

Estudian trescientas ochenta y dos mujeres y encuentran: 1.º Frigidez absoluta en ochenta y cinco (22 por ciento), con catorce casos de esterilidad (16 por ciento) y setenta y uno de fecundidad (84 por ciento). 2.º Frigidez disociada en cincuenta y dos (14 por ciento); *a*) con libido y sin orgasmo, veintitrés (44 por ciento, con cinco casos de esterilidad (21 por ciento) y dieciocho fecundas (79 por ciento); *b*) sin libido y con orgasmo, veintinueve (56 por ciento), con cinco estériles (17 por ciento) y veinticuatro fecundas (83 por ciento). 3.º Normales, doscientas cuarenta y cinco (64 por ciento), con treinta estériles (12 por ciento) y doscientas quince fecundas (88 por ciento).

Las cifras son semejantes en los tres grupos, de modo que no se puede considerar la frigidez como un factor de esterilidad. Observan que encuentran grandes multíparas (con más de ocho hijos) entre las frígidas absolutas.

La libido y el orgasmo carecen, pues, de influencia sobre los procesos de la fecundación. Afirman haber encontrado mujeres exquisitamente maternales con impulsos sexuales débiles o nulos, y exaltadas sexuales madres poco afectivas y aun indiferentes.

Aunque numerosos autores afirman que el orgasmo facilita la fecundación, las estadísticas les muestran que no existe correlación apreciable entre frigidez y esterilidad, concepto que también estaría apoyado por la observación de embarazos ocurridos en casos de violación, bajo hipnosis y anestesias y en parapléjicas. No obstante todo eso, les parece oportuno repetir los conceptos de Cotte, quien afirma que el impulso sexual normal, unido a sensaciones voluptuosas durante el coito, constituyen circunstancias favorables para la fecundación, pues es posible que las secreciones que se producen durante el orgasmo crearían un medio favorable para la vitalidad y progresión de los espermatozoides.

Santo y Dubcovsky, con técnicas psicoterápicas, han conseguido la corrección de la esterilidad psicógena, sin lograr la corrección del orgasmo. La fertilidad tiene sus raíces en un plano superficial, y el orgasmo, en un estrato psíquico más profundo.—J. RIVERA.

BERNARD, I. (Burdeos).—«TRATAMIENTO DE LA ESTERILIDAD MASCULINA. ADQUISICIONES RECIENTES.» *(Le traitement de la estérilité masculine. Acquisitions récentes.)* «*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*», *núm. 4, págs. 330-332, abril 1995. París.*

SE admite hoy que el hombre es responsable de la esterilidad en el 50 por ciento de los casos.

Tratamiento de la esterilidad de origen secretorio:

A) *Hormonal:* Los andrógenos por vía local parecen ser el método verdaderamente fisiológico: implantación de uno a cuatro pellets de 100 mg. de testosterona bajo la albugínea, o la instilación de microcristales, dan excelentes resultados en casos de oligospermia o escasa motilidad. Por vía general: primero, efecto inhibidor: 75 mg. de testosterona intramuscular, dos veces por semana, hasta 2.700; es método caro e inseguro; segundo, efecto estimulante: 5 mg. cada dos o tres días, por vía bucal, de testosterona, ó 25 mg. intramusculares, durante tres meses, asociados a 150-200 mg. de vitamina E. diarios, durante cinco a seis meses; metilandrostendiol, 50 miligramos diarios, vía oral ocho semanas; se puede emplear la arginina, dos ampollas, vía bucal, durante mucho tiempo; la delta 5 pregninolona, 200 mg., intramuscular, dos inyecciones semanales, durante tres meses; estrógenos a pequeñas dosis: estilboestrol, 0'2-0'1 miligramos por día, dos semanas de cada mes, sin pasar de cuatro; tiroxina, 0'20-0'50 gramos por día, previa determinación del metabolismo basal; gonadotropina coriónica, cuarenta inyecciones de 5.000-10.000 U. diarias; gonadotropina sérica, ambas.

B) *Tratamiento médico:* Continencia, masaje prostático, tratamiento general, antiespasmódicos.

Tratamiento de la esterilidad de origen excretorio: 1.º Anastómosis vasoepididimaria laterolateral entre el deferente y la cabeza epididimaria (técnica modificada de Ballanger-Darget). 2.º Enterramiento del deferente en la cabeza del epidídimo.

Finalmente dedica un capítulo a las incompatibilidades espermáticas, delicado y difícil de tratar.—J. RIVERA.

GESTOSIS

GOUSKOS, A., y PATERAKIS, E. (Atenas).— «ESTUDIO CLÍNICO DEL ECLAMPSISMO.» *(Étu clinique de l'éclampsisme.)* «*Revue Française de Ginécologie et d'Obstétrique*», *número 5, págs. 373-384, mayo 1959. París.*

DEL estudio de dos mil trescientos setenta y seis casos de eclampsismo observados sobre un conjunto de treinta y un mil trescientos cuarenta y seis partos, en un período de cinco años (1951-1956), los autores deducen las siguientes conclusiones:

1.ª La frecuencia del eclampsismo en la Clínica de la Universidad, sobre un total de treinta y un mil trescientos cuarenta y seis partos, de 1951 a 1956, se eleva al 7'57 por ciento.

2.ª De dos mil trescientos setenta y seis casos de eclampsismo, el 79'2 por ciento fueron ligeros, y el 20'8 por ciento, graves.

3.ª La menor frecuencia del eclampsismo fue observada entre los 21 y 30 años.

4.ª La frecuencia de las intervenciones durante el parto y de desencadenamiento de accesos de eclampsia está en inmediata relación con la gravedad de los síntomas de eclampsismo.

5.ª En los estados preeclámpticos el mayor número de partos (90'4 por ciento) tiene lugar entre la 36-40 semana.

6.ª La frecuencia de la mortalidad neonatal y fetal está en relación con la gravedad del eclampsismo (4'5 por ciento para los casos ligeros y 9'7 por ciento para los graves).

7.ª La prematuridad es habitualmente la principal causa de martinatalidad.

8.ª No se debe practicar sino excepcionalmente la interrupción del embarazo, por el

peligro que supone para el niño. Sólo está indicada en el eclampsismo que se agrava a pesar del tratamiento.

9.ª Los mejores resultados terapéuticos en los casos de eclampsismo de mediana gravedad se obtienen por la administración, durante el curso de la gestación, de un «cock-tail» de Fenergán y Largactil, mientras que para luchar contra los edemas, la hialuronidasa es una importante ayuda.

10. El empleo, durante el parto, de un «cock-tail» de Fenergán, Largactil y Dolantina en perfusión intravenosa glucosada, provoca, por una parte, un descenso constante de la presión arterial y un aumento de la diuresis, y por otra parte, ayuda a la evolución normal del parto.—J. RIVERA.

HERIDAS UTERINAS

HOUEL, E.; GARES, R., y MESNARD, F. (Alger). — «HERIDAS DEL ÚTERO GRÁVIDO.» *(Les plaies de l'utérus gravide.)* «*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*», *núm. 1, págs. 7-20, enero 1959. París.*

DICEN los autores que se trata de una eventualidad siempre grave, tanto para la madre como para el niño, y que es necesario distinguirlas de las perforaciones y de las rupturas del útero, de las que difieren por su modo de producción, anatomía patológica, evolución clínica e indicaciones terapéuticas.

Describen dos casos. Después se ocupan de la historia, etiopatogenia, anatomía patológica —en la que hacen una clasificación en no penetrantes, penetrantes y complicadas—, aspecto clínico, evolución —con interrupción o continuación del embarazo—, pronóstico —distinguen antes y después del año 1905 y con referencia a la madre y al feto— y conducta a seguir según el estado del feto, el de la madre y de las lesiones uterinas.

Concluyen afirmando:

a) Que no son éstas las heridas abdominales más graves, por el papel protector que el útero gestante juega en beneficio de las otras vísceras de la gran cavidad peritoneal.

b) Que la conducta a seguir depende de la edad del embarazo en el momento de la herida: Si el feto es viable, cesárea. Si el feto no es viable se debe tender a conservar el útero, cuya sutura suele ser realizable en gran número de casos. La histerectomía encuentra sus indicaciones más frecuentes en casos de localización intrauterina de un proyectil, o en los de lesión de placenta. En casos de heridas localizadas por arma blanca o instrumentos cortantes o punzantes, la cesárea está menos indicada que la simple sutura uterina.—J. RIVERA.

METRITIS

GINESTE, P. J. (Rennes).—«ALGUNOS HECHOS SOBRE LA ETIOPATOGENIA DE LAS EXOCERVITIS ULCEROSAS.» *(Quelques données sur l'étio-pathogénie des exo-cervicites ulcéreuses.)* «*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*», *núm. 3, págs. 195-202, marzo 1959. París.*

ESTUDIA el autor cien casos de exocervitis ulcerosas, otros cien de exocervitis no ulcerosas y cincuenta casos que consultaron por trastornos ginecológicos funcionales, pero sin ninguna lesión de cuello uterino.

De su estudio concluye que dos factores etiopatogénicos parecen ejercer una influencia decisiva sobre la aparición y evolución de las ulceraciones cervicales: 1.º El traumatismo obstétrico. 2.º El trastorno hormonal: insuficiencia hormonal global o modificación de la relación estrona-progesterona, en beneficio de la estrona.

Desde el punto de vista práctico, sin que sea cosa de modificar las tendencias actuales de la terapéutica y sin negar el papel capital de la diatermocoagulación, insiste sobre otros dos hechos: 1.º El papel muy accesorio del factor inflamatorio. 2.º La importancia de un tratamiento endocrino complementario, ya que el terreno hormonal aparece como un hecho etiopatogénico muy seguro en la exocervitis ulcerosa.—J. RIVERA.

MAMA

GUIHENEUC, B. O. (Rennes).—«PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS DISPLASIAS MAMARIAS.» *(Pronostic et traitement des dysplasies mammaires.)* «*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrigue*», *núm. 3, págs. 175-182, marzo 1959. París.*

AL revisar este tema, el autor distingue: mastodinia que se aprecia en muchachas y en mujeres casadas sin hijos, de 20 a 40 años; adenosis o mastosis microquística, grado más avanzado, que aparece en mujeres de 35 a 45 años, nerviosas, delgadas, de pecho poco desarrollado, interesando una o las dos mamas, predominando siempre en el cuadrante superoexterno, con un borde bien limitado de la zona de induración, que, en un tercio de los casos, sería claramente dolorosa. Finalmente, la enfermedad quística propiamente dicha aparecería electivamente en los años que preceden a la menopausia, entre los 40 y 45, con dos aspctos, de quiste aislado, tamaño avellana o nuez, el uno, y enfermedad poliquística bilateral, con proliferación epitelial intraquística y abundancia de esclerosis conjuntiva que puede ocupar el primer plano tomando el aspecto de la enfermedad de Tillaux y Phocas, el otro.

Una ligera duda persiste a menudo en cuanto al pronóstico alejado de las mastosis, lo que no sorprende si se considera su aspecto endocrino. La hiperestrogenia juega un papel importante: prolongada en la muchacha, por accesos en la premenopausia, puede ser el origen tanto del desarrollo de las mastosis como de su transformación cancerosa o de cánceres primitivos en apariencia.

Referente al tratamiento: en la mastodinia, si la biopsia es formalmente negativa, lo que es la regla, bastará el tratamiento clásico más anodino: psicoterapia, vendaje compresivo; en caso necesario, luteína a dosis moderadas. En la adenosis microquística y en la enfermedad de Reclus, si se admite la frecuencia de las cancerizaciones en los alrededores de la menopausia, sabiendo que son de evolución lenta, largo tiempo limitados, poco linfógenos, quizá sea preciso intervenir más ampliamente de lo que se hace habitualmente. La edad constituye un criterio esencial: antes de los 40 años, tumorectomía amplia y completa, entre 45 y 50, ablación subcutánea de la glándula entera, con conservación del pezón por incisión submamaria. J. RIVERA.

MORTALIDAD MATERNA

LAZ BUERRA, A. (San Salvador)—«MORTALIDAD MATERNA.» «*Arch. Col. Med. El Salvador*», *páginas 185-212, septiembre 1957. San Salvador.*

EN este trabajo, que constituyó la ponencia oficial presentada al II Congreso Centroamericano de Obstetricia y Ginecología, celebrado en la ciudad de Panamá, se analizan las causas que pueden dar lugar a la muerte materna, utilizando para ello el material clínico del Hospital de Maternidad de San Salvador, con un contingente de 10.983 pacientes y un total de 7.404 partos.

La estadística arroja un total de 24 madres fallecidas (32 por 10.000), cuyas causas son analizadas y discutidas en detalle.

Entre las causas más frecuentes de muerte figuran la *hemorragia* y el *shock* (11 casos, que suponen el 45'83 por ciento), la *infección* (con 4 casos, 16'67 por ciento), los *accidentes traumáticos* (roturas uterinas) y los *toxémicos*, y, finalmente, otras variadas; unas, de origen obstétrico (pielonefritis, nefritis, cardiopatía congénita, embolia pulmonar), y otras, de causa no obstétrica (rabia, edema agudo de pulmón, tuberculosis pulmonar, tétanos). En conjunto, 9 casos, 37'5 por ciento.

El análisis de cada caso de muerte demuestra que en la mitad de ellos, el óbito puede ser evitado mediante cuidados prenatales y asistencia cuidadosa. En los restantes, puede hacerse también una labor eficaz. Se hace resaltar la regresión de mortalidad en accidentes gestósicos y eclampsia (mortalidad nula en la estadística presentada), y la importancia y trascendencia de los traumáticos, por lo cual recomienda la limitación en la venta de oxitócicos, que solamente deben despacharse con receta médica.—RICARDO HORNO LIRIA.

PATOLOGÍA DEL ALUMBRAMIENTO

MALINAS, Y., y BEYROUTI, R. (Beyrouth). — «HEMORRAGIAS POR DEFECTO DE COAGULACIÓN.» *(Les hémorragies par défaut de coagulation.)* «*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*», *núms. 7-8, páginas 515-527, julio-agosto 1959. París.*

ENTRE las circunstancias de aparición, señalan los autores, en primer lugar, la apoplejía úteroplacentaria, siguiendo la retención del feto en el útero, el aborto, parto normal y puerperio.

Distinguen unas formas graves, de hemorragia brutal, y otras formas de mediana intensidad.

Puede evolucionar espontáneamente hacia la curación; pero frecuentemente es necesario intervenir, precisando hacer histerectomía en la mitad de los casos.

Se ocupan del síndrome biológico y patogenia, y señalan el siguiente esquema terapéutico:

Si el estudio de la coagulación en tubos muestra un trastorno, administran un gramo de fibrinógeno y transfusión, si se requiere, vigilando tensión arterial y pulso. Cuando, a pesar de las medidas tomadas, se instala un shock que progresa, se practica histerectomía sin pérdida de tiempo.——J. RIVERA.

ACOSTA-SISON, H.—«HEMORRAGIA INTRAPERITONEAL POST-LEGRADO CONSECUTIVO A MOLA HIDATÍDICA.» *(Intraperitoneal hemorrhage after curettage for hydatidiform mole.)* «*Philippine Journal of Surgery and Surgical Specialties*», *vol. 14, núm. 2, págs. 66-68, marzo-abril 1959. Manila.*

EL autor presenta un caso de mola hidatídica en el que pocos días después del legrado apareció una hemorragia intraperitoneal, cuyo origen era un corioepitelioma de hígado que aparentemente coexistía con la mola, siendo muy probable que el hígado fuese el primer lugar de asiento del corioepitelioma.

Encuentra que todos los casos con metástasis en hígado, riñón, bazo y cerebro tienen

un pronóstico fatal. La testosterona puede ser de alguna utilidad, pero sólo en casos diagnosticados muy precozmente.

La incidencia de hemorragia intraperitoneal es del 3'87 por ciento en los casos del autor, y la fuente de hemorragia, el útero, ovario e hígado.—J. RIVERA.

FLAMET, J., y otros (Beyrouth).—«A PROPÓSITO DE SIETE CASOS DE PLACENTA ACRETA. ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO.» *(Le placenta accreta. Étude anatomo-pathologique à propos de sept cas.) «Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique», núms. 7-8, páginas 549-562, julio-agosto 1959. París.*

EL estudio histológico de siete observaciones permite afirmar, de una parte, que los criterios microscópicos sobre los que está basado el diagnóstico de placenta acreta puede reconocerse en totalidad o en parte en ciertas hemorragias graves del alumbramiento, donde, a primera vista, la hipótesis de adherencias anormales de la placenta no había sido ni siquiera considerada. Esta constatación está de acuerdo con las conclusiones de Hertig y las de Notter y Trillat, quienes piensan que la adherencia verdadera de la placenta, en sus formas parciales, es relativamente frecuente y puede pasar totalmente desapercibida. Esto explicaría ciertas hemorragias tardías del puerperio recidivantes a pesar del tratamiento occitócico y antibiótico.

Este estudio precisa, por otra parte, el problema de las relaciones entre la metrosis endofítica y la placenta acreta: en una de nuestras observaciones, las dos lesiones estaban asociadas; en otra, al contrario, cuyo aspecto clínico era adherencia placentaria, no fue preciso encontrar sino la metrosis endofítica. Entre los otros elementos etiológicos, no nos parece posible retener más que las lesiones preexistentes, congénitas o adquiridas, extendidas o localizadas de la caduca uterina.

No podríamos terminar este estudio anatomopatológico sin insistir sobre la violencia y el carácter recidivante de las hemorragias de la placenta acreta. La experiencia de esta afección rara es, en general, limitada.

Hemos tratado de ser conservadores en nuestras primeras observaciones, de acuerdo con ciertas publicaciones optimistas. Tal actitud debe ser formalmente proscrita. Si puede excepcionalmente conducir a raros éxitos, agrava considerablemente el pronóstico vital y no podría ser mantenida en caso de imposibilidad de desprendimiento placentario. En caso de accidente secundario, después de tentativa de conservación, sólo la histerectomía representa el tratamiento lógico y radical que permite reducir la mortalidad de esta temible causa de hemorragia.—AUTORRESUMEN.

MALINAS, Y., y GHONS, G. (Beyrouth).—«PRONÓSTICO MATERNO Y FETAL EN LAS APOPLEJÍAS ÚTEROPLACENTARIAS.» *(Le pronostic maternel et le pronostic foetal dans les apoplexies utéro-placentaires.) «Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique», números 7-8, págs. 503-514, julio-agosto 1959. París.*

DE la observación de cincuenta casos, los autores deducen que el pronóstico materno es particularmente reservado en las formas plurisintomáticas, cuyo cuadro clínico completo no plantea ningún problema diagnóstico.

El pronóstico tardío es función de la extensión y de la naturaleza de la alteración renal, que es tanto más temible cuanto que la evolución del síndrome se prolonga más tiempo.

La gravedad del pronóstico materno, tanto inmediato (hemorragia) como secundario (afección renal), está directamente ligada a la duración de los fenómenos activos a nivel de los focos uterinos.

El pronóstico fetal no se puede discutir más que en los casos benignos o disociados, realizando según la importancia de los signos los estados 0, I y II.

Las anomalías de la contracción uterina las hemorragias aun pequeñas, los signos tóxémicos, deben hacer pensar en este cuadro. La asociación de hipertensión y pequeña pérdida de sangre son signos de gran probabilidad. Dos exámenes complementarios: la numeración globular y la medida del tiempo de coagulación y de redisolución del coágulo en un tubo, tienen un valor diagnóstico primordial.

En el curso de los años 1955-57 se admitía que la apoplejía llevaba consigo un tratamiento tan conservador como fuera posible y que era imposible mejorar el pronóstico fetal. En los primeros veintiocho casos, así actúan los autores.

En los veintidós casos siguientes, el diagnóstico y tratamiento se hace según la experiencia adquirida en los años precedentes, consiguiendo mejorar considerablemente el pronóstico.

Establecen el siguiente esquema de conducta:

1.º Se oye latido fetal: Cesárea en principio, renunciando a ella si el trabajo está avanzado o progresa rápidamente, o si el feto es muy prematuro.

2.º No se oye latido fetal: Expectación y tratamiento médico mientras no existan trastornos de la coagulación ni de la eliminación de orina. Si el trabajo no se inicia o se prolonga, la vigilancia de la diuresis y del tiempo de coagulación indican el momento de la intervención. Practicada precozmente, será

una paciente en anuria o con hemorragia grave impone la intervención inmediata, dependiendo la conducta a seguir con el útero de: importancia de las lesiones, la abundancia de la hemorragia y del shock.—J. RIVERA.

PRESENTACIÓN DE NALGAS

JARROUSSE, J., y LERAT, M. F. (Nantes). «FACTORES DEL PRONÓSTICO Y CONDUCTA A SEGUIR EN LAS PRESENTACIONES DE NALGAS.» *(Étude des facteurs du pronostic et de la détermination de la conduite à tenir dans la présentation du siège.) «Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique», núm. 2, págs. 91-108, febrero 1959. París.*

SE trata de dos tocólogos de distinta opinión: uno, de actitud expectante; el otro, fiel a la gran extracción sistemática. Confrontan sus resultados y... no se convencen; sigue cada uno en su posición. Sin embargo, se ponen de acuerdo en los puntos siguientes:

Ciertos factores agravan el pronóstico fetal en la presentación de nalgas. Los factores clásicos de primiparidad, resistencia de partes blandas, edad, peso del niño, tienen una influencia real; pero, en general, la existencia de uno solo de estos factores (excepción de la estrechez pélvica) no basta para legitimar una cesárea de comienzo. Por el contrario, la existencia de varios de ellos puede justificarla. Gran importancia tienen dos factores recientemente descritos: la lentitud de la marcha del trabajo del parto y la precocidad de la ruptura de la bolsa de las aguas. La coexistencia de estos dos factores puede justificar una cesárea secundaria a la prueba del trabajo, a menos que una perfusión de extracto hipofisario permita completar rápidamente la dilatación; si esta perfusión no da rápidamente resultado, se hará cesárea.

En la gran mayoría de los casos, incluso en la primípara, el parto debe ser por vía baja. Será preciso, pues, respetar el mayor tiempo posible la integridad de la bolsa, cuya precoz ruptura agrava sensiblemente el pronóstico fetal.

A dilatación completa se pueden discutir dos métodos. Algunos tocólogos son fieles a la gran extracción sistemática. Esta intervención necesita una episiotomía amplia, y los resultados, desde el punto de vista de mortalidad fetal, son muy variables. No hay intervención en que las cualidades físicas o mentales del operador influencien tanto el pronóstico. Si algunos obtienen una mortalidad muy baja, la mayoría obtienen peores resultados que los que obtendrían por la expectación.

Este es, en efecto, el método que da mejores resultados, tanto desde el punto de vista de la salvación del feto como de la integridad del periné materno. Sin embargo, es susceptible de algunos fracasos por prolongación del período de expulsión o por complicaciones mecánicas.

Aun teniendo una impresión favorable de la perfusión de hipófisis en dilatación completa, no tienen experiencia suficiente para poder afirmar que permita evitar todas las complicaciones. En 1958, en treinta y ocho partos, diecisiete con perfusión hipofisaria, tienen una muerte fetal en primípara que parió sin dificultad, pero un mes después del término.—J. RIVERA.

PSICOSOMÁTICA

TRIANTAFILLOPOULO (Atenas). — «PSICOSIS FOLICULÍNICAS.» *(Les psychoses folliculiniques.) «Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique», núm. 5, págs. 357-366, mayo 1959. París.*

LAS relaciones anatómicas y funcionales existentes entre el diencéfalo, centro de las tendencias afectivas, y la hipófisis, centro de la constelación endocrina, permiten comprender la evidente intrincación entre el psiquismo y las hormonas en general.

La sexualidad, el psiquismo y la intelectualidad forman una entidad indisociable: el hombre, envejezca o no, permanecerá prisionero de sus glándulas genitales, y ni el psiquismo más elevado ni la intelectualidad más poderosa podrán libertarle de ellas.

Si no es posible hablar de primacía de las hormonas sexuales, puesto que hay una prevalencia de los centros superiores sobre el conjunto del juego endocrino, no es menos cierto que la foliculina ejerce una influencia de las más importantes sobre estos mismos centros superiores, y en esas condiciones, debe ser considerada, no como una simple hormona genital, sino como una sustancia específica, una sustancia vital, actuando poderosamente, aunque de una manera desigual, por el hecho de sus fluctuaciones, sobre el conjunto del ser femenino: cuerpo, alma y espíritu.

La foliculina, como savia vivificante, impregna las tenebrosas capas subcorticales del encéfalo, regularizando sus funciones y armonizando al mismo tiempo sus relaciones con el córtex, de una parte, y de la periferia, de la otra. Por sus propiedades vasodilatadoras sobre el cerebro, estimula la inteligencia.

Se sabe hace tiempo que la foliculina puede actuar de un modo perjudicial, y, sea por propia acción, sea por una respuesta reaccional incoherente de los centros que estimula, provocar el desarreglo más o menos pronunciado del psiquismo, pudiendo ir hasta la psicosis más graves.

En las eufoliculínicas «todo es orden y

belleza»; el terreno no es propicio a la aparición de psicosis.

En las psicosis foliculínicas hay el factor de exceso, el más habitual, pero también, a su lado, una disyunción de orden constitucional, constante o episódica, entre la secreción ovárica y el sistema diencéfalo-hipofisario.

Se ignora la frecuencia real de las psicosis foliculínicas graves porque van al psiquíatra; pero la de los trastornos ligeros es bastante grande, y si estos trastornos ligeros no son tratados, al cabo del tiempo pueden transformarse en graves o remitir espontáneamente.

La sintomatología es de las más variadas; cada enferma hace su psicosis; la melancolía y la ansiedad son, sin embargo, fenómenos que no faltan jamás, teniendo importancia para el diagnóstico su paralelismo con el ciclo genital o más bien con la secreción estrogénica. Tienen un largo período de incubación, que debe aprovecharse para instituir un adecuado tratamiento que impida su agravación.

El tratamiento consiste en administrar testosterona. El autor ha utilizado por perfecto éxito los lipoides mamarios, cuya acción parece ser mucho más reguladora que antagónica. A título de coadyuvantes se pueden emplear vitamina B_{12}, amida del ácido nicotínico, tiamina y preparados férricos.—J. RIVERA.

RECIÉN NACIDO

PONTIFIX, G., y otros (Atenas). — «SOBRE LA MEMBRANA HIALINA DE LOS PULMONES DE LOS RECIÉN NACIDOS.» *(Sur la membrane hyaline des poumons des nouveau-nés.) «Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique», núm. 5, págs. 343-350, mayo 1959. París.*

En lo que respecta a la patogenia de la membrana hialina, las investigaciones morfológicas e histoquímicas han mostrado que, contrariamente a la opinión admitida hasta aquí, dicha membrana tiene un parentesco estrecho con los constituyentes del plasma y que deriva de éste y no del líquido amniótico.

El trabajo de los autores se basa sobre diecisiete casos. En dieciséis, el diagnóstico fue confirmado por el examen histológico, y en el que sobrevivió, el cuadro clínico y la imagen radiológica permitían hablar de membrana hialina. Solamente dos eran maduros; el resto, prematuros.

El cuadro clínico se caracterizó por la aparición inmediata al parto (excepto en uno, que inició el cuadro a los siete días) de síntomas respiratorios: dificultad respiratoria, gemido constante, retracción de los espacios intercostales, fosas supraclaviculares y epigastrio, cianosis menos constante, a menudo estertores húmedos; pero la característica principal consiste en un aporte insuficiente de aire, a pesar del considerable esfuerzo de los músculos respiratorios. Es notable que la vitalidad no aparece disminuída; el agotamiento sólo se manifiesta a la larga. Sólo han comprobado edema una vez. La muerte sobrevino a las veinticuatro horas, en unos casos; al segundo día, en otros, y al octavo día, en uno.

Hicieron el diagnóstico en vida en cinco casos, que relacionan.

La autopsia mostraba los pulmones de color rojo intenso, de constitución compacta y que se hundían en el agua. Histológicamente aparecían extensas regiones de atelectasia, entre las cuales se encontraban alvéolos y canales alveolares cuya pared no se había hundido, cubiertos de una sustancia homogénea que se teñía de rosa con hematoxilina-eosina.

En la discusión final dicen que la hipótesis emitida por Karel, en 1956, es seductora: en los prematuros hay sobrecarga de los vasos incompletamente desarrollados de la pequeña circulación, debido a la precoz interrupción de la circulación sanguínea intrauterina.

La radiografía contribuye en gran manera al diagnóstico precoz: muestra, en un primer estadio, granulaciones finas y densas, diseminadas; en un segundo período, islotes más intensamente dibujados, generalmente con conservación del dibujo bronquial, y en un tercer estadio, las sombras se ensanchan, ocupando enteramente los lóbulos y hasta todo el pulmón.

Los casos en que paradójicamente hay *anoxia grave* y radiológicamente *la aireación del parénquima pulmonar es satisfactoria,* deben ser considerados sospechosos de membrana hialina.

Actualmente la profilaxis es imposible, puesto que se desconocen etiología y patogenia.

Unos autores aconsejan retardar la ligadura del cordón umbilical; otros, la administración inmediata de oxígeno por vía gástrica. Se aconseja, además, gran humedad del aire respirado y antibióticos. Nada es eficaz. J. RIVERA.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 403 - TOMO LXVIII
OCTUBRE 1959
CONGRESOS

VII CONGRESO HISPANO-LUSO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Y

III REUNIÓN DE GINECÓLOGOS ESPAÑOLES

(Valencia, 31 de mayo a 3 de junio de 1959)

Los organizadores de estos Congresos, celebrados conjuntamente, tuvieron un verdadero acierto en fijar la fecha, en esos primeros días de junio, y en el marco maravilloso de la atractiva capital de Levante, la incomparable Valencia, que aseguraba de manera indubitable el más brillante éxito de concurrencia.

El Comité organizador local, que llevó sobre sí la difícil tarea de hacer agradable la estancia a cuantos tuvieron la satisfacción de asistir, estuvo presidido por el profesor Francisco Bonilla, encargándose de la vicepresidencia, con su proverbial cordialidad y simpatía, el doctor Clavero Núñez, secundado magistralmente por el doctor Lorenzo Abad Colomer en la difícil tarea de la Secretaría general. A su lado figuraron: el doctor Galbis, como secretario de actas; los doctores Terrada y Lleó, como tesorero y contador, respectivamente, y como activos y celosos colaboradores, los doctores Guastavino, García Pastor, Peris



LA MESA PRESIDENCIAL, DURANTE EL ACTO DE LA INAUGURACIÓN, EN EL PARANINFO DE LA UNIVERSIDAD, CON LAS AUTORIDADES, PRESIDIDAS POR EL PROFESOR GARCÍA ORCOYEN

Estruch, Lleó Carrera, Martí, Alvarez-Osorio, Vicent, Montesinos, Pérez Manglano y Torres. Para todos ellos enviamos desde aquí nuestra más efusiva felicitación.

La inauguración de ambos Congresos, que reunió una vez más, en sincero y afectuoso abrazo, a los especialistas portugueses y a los ginecólogos españoles, tuvo lugar en la mañana del último domingo de mayo, comenzando con la asistencia a la Misa del Espíritu Santo, en la capilla de la Universidad, y después, con la sesión de apertura, en el marco severo y solemne de su paraninfo, bajo la presidencia del director general de Sanidad, doctor García Orcoyen, que tuvo a su derecha al señor decano de la Facultad de Medicina, doctor Barcia Goyanes, y a su izquierda, al señor obispo de la ciudad, monseñor Olaechea, y a los representantes de las autoridades sanitarias, docentes, militares y civiles. En esta sesión hablaron, con gran elocuencia y acierto, los doctores Abad Colomer, Bonilla, Clavero, Gonçalves de Azevedo, Botella y García Orcoyen, que, en nombre del Gobierno de Su Excelencia, declaró abierto el Congreso, celebrándose después en el patio de la Universidad —presidido por la estatua de aquel grande humanista que fue Luis Vives— un espléndido vino de honor, con el que la Universidad valentina obsequió a los asistentes, dando lugar a ese cordial intercambio de recuerdos y evocación de amistades, que constituyeron los momentos más gratos de todas las reuniones que se celebraron.

Por la tarde tuvieron lugar las conferencias del profesor Gonçalves Azevedo (Porto), sobre el tema «En defensa do nascituro», y a continuación, la del doctor Pedro da Cunha (Lisboa), sobre «Afecciones renales en el estado grávido-puerperal», seguidas de la lectura de las comunicaciones afines a estos temas presentaads por numerosos colegas españoles y lusitanos. Finalizó la sesión de trabajo con la lectura de la conferencia del doctor Luque, sobre «El embarazo fantasma y el fantasma del embarazo», leída magistralmente por el doctor Fernández Ruiz, ante la imposibilidad de la asistencia de aquél.

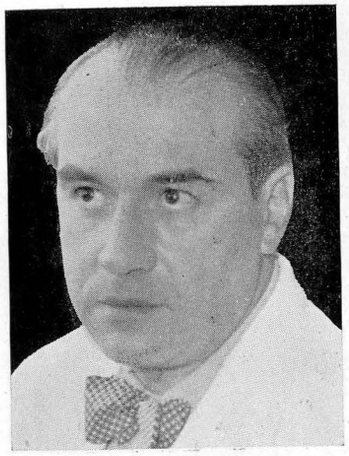
Como descanso placentero a tan intensa jornada, se celebró en el incombarable escenario del Claustro de Santo Domingo un magnífico concierto instrumental y vocal, en el que intervinieron la Orquesta Municipal de Valencia y el Orfeón de la Sociedad Coral «El Micalet», que interpretaron en forma soberbia un selecto programa clásico y moderno, destacando las corales de Bach y unas composiciones locales bellísimas, que dejaron en todos los presentes una imborrable impresión. Por la noche, en la Rosaleda, en los Jardines del Real, se sirvió, dada por el Excmo. Ayuntamiento, una cena fría y se quemó una varia-



EL PRESIDENTE DEL COMITÉ LOCAL, PROFESOR BONILLA, DURANTE SU DISCURSO DE SALUTACIÓN



Dr. PARACHE (Madrid)

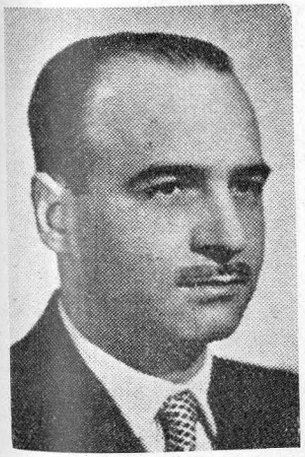


Dr. PUIGVERT (Barcelona)



Dr. OLIVA (Málaga)

ALGUNOS DE LOS PONENTES DE ESTE CONGRESO



Dr. SÁNCHEZ IBÁÑEZ (Albacete)



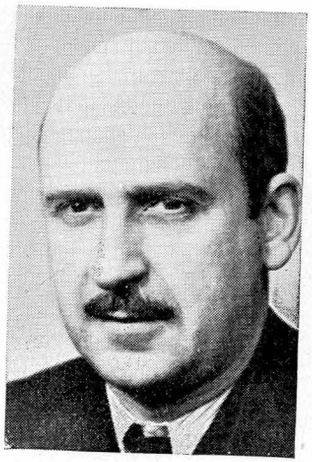
Dr. CARCELLER (Barcelona)



Dr. MOLINERO (Santander)



Dr. BEDOYA (Sevilla)

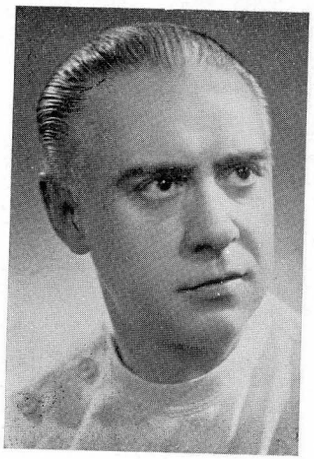


Dr. USANDIZAGA (Barcelona)



Dr. GIL VERNET (Barcelona)

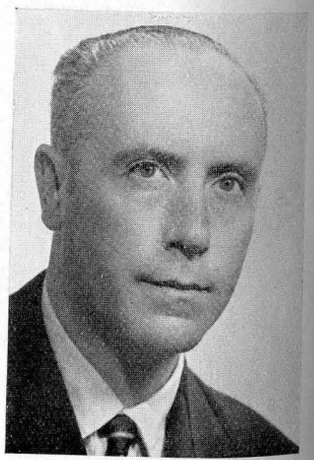
ALGUNOS DE LOS PONENTES



Dr. FERNÁNDEZ-RUIZ (Palencia)



Dr. DEXEUS FONT (Barcelona)



Dr. RONCALÉS (Zaragoza)

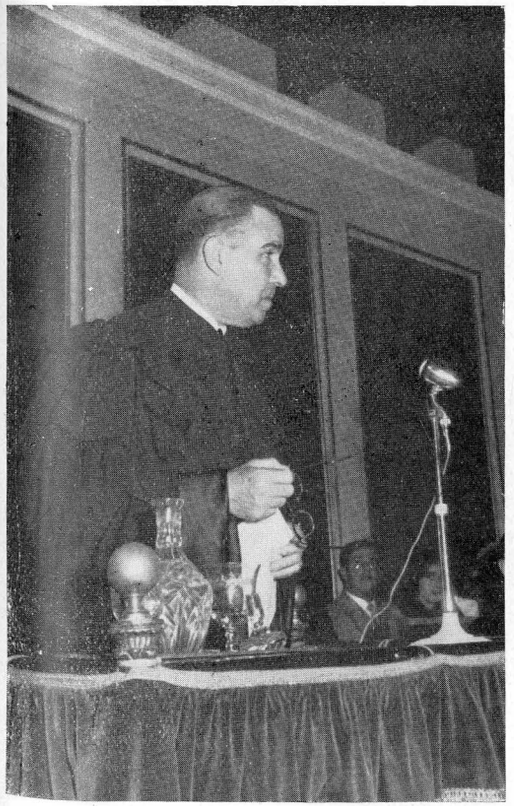
dísima y espléndida colección de fuegos de artificio que, iluminando fastuosamente la serena noche valenciana, puso un agradable broche al primer día de nuestro Congreso.

La mañana del primero de junio se abrió con una densa jornada de trabajo en los *auditoriums* de la nueva Facultad de Medicina, en cuyo atrio se veía, a manera de gigantesco tapiz de flores, el emblema del Congreso, admirablemente realizado con la delicadeza artística y el gusto exquisito que los artífices valencianos saben poner en estas inigualables tareas. Se trataron, por los doctores Molinero, Parache, Alcalá Santaella y otros diferentes, y en numerosas comunicaciones afines, temas referentes a las «Lesiones urinarias en el carcinoma del cuello», finalizando en una mesa redonda en la que actuó de presidente y coordinador el doctor Puigvert, de Barcelona.

La doctora Clarice do Amaral, bella e inteligente colega de Río de Janeiro, expresamente invitada a esta reunión, expresó su criterio sobre el «Tratamiento y profilaxis de las obstrucciones tubáricas», siendo muy aplaudida.



PROF. BONILLA, PRESIDENTE DEL COMITÉ LOCAL



EL PROFESOR GONÇALVES DE AZEVEDO, DE PORTO (PORTUGAL), DURANTE LA LECTURA DE SU DISCURSO

Aquella tarde, y por la «Sociedad Ginecológica Española», se dedicó la jornada al debate y exposición del tema «Metrorragias funcionales», interviniendo los doctores Fernández Ruiz, Nogales, Galbis, Salvatierra y otros, siendo motivo de muchas aportaciones y seguida de una animada mesa redonda dirigida por el profesor Usandizaga, de la Universidad de Barcelona.

Por la noche, en el palacio de la Generalidad, lujosamente adornado, la Excelentísima Diputación Provincial obsequió a los ginecólogos con un espléndido «cock-tail», seguido de animado baile.

El siguiente día 2 fue dedicado al estudio y discusión de «El factor Rh», interviniendo, entre otros ponentes, los doctores Mata de la Campa, Oliva, Caballero, Carceller Blay y Fuster. La presidencia de la mesa redonda fue ostentada por el doctor Dexeus, que actuó de coordinador en el animado debate que se originó con tema tan en boga hoy día.

Los doctores Abelardo Salas y Rodolfo Rodríguez, de Monterrey (Méjico), presentaron unas interesantes aportaciones sobre «Analgesia epidural en Obstetricia» e «Inducción al parto».

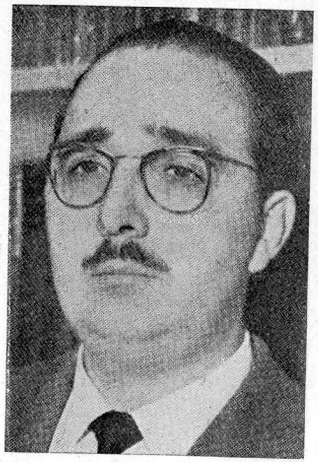
Después, en caravana de autocares, se inició la excursión a la Albufera, con almuerzo en la Casa Forestal, donde fueron servidas espléndidamente las clásicas paellas, al aire libre, frente al mar, en un lugar bellísimo y acogedor.

Aquella tarde, al regreso, se abordó y discutió el tema oficial para la Sociedad de Esterilidad, sobre «Esperma y aborto», actuando



DR. ABAD COLOMER, SECRETARIO GENERAL DEL COMITÉ ORGANIZADOR

como ponentes nuestros paisanos doctor Santiago Luque, de la Facultad de Veterinaria, y doctor Roncalés, sobre «Curación espontánea de la esterilidad». En el *symposium*, presidido y dirigido por el profesor Bedoya, de Sevilla, que actuó como coordinador, intervinieron los doctores Clavero Núñez, Vilar, Vanrell, Sánchez Ibáñez y Macías de Torres. Figura destacada fue el doctor Guerrero, de Méjico, que presentó una interesante película en color sobre diversas intervenciones ginecológicas y conquistó generales simpatías por sus sinceras y animadas intervenciones y su ponderado y práctico criterio. Le fue otorgado el título de Miembro de Honor de nuestra Sociedad, agradeciéndolo en afectuosas frases, que fueron calurosamente ovacionadas.



DR. BOTELLA LLUSIÁ, PRESIDENTE DE LA «SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

No han faltado tampoco en este Congreso las aportaciones de casas industriales, que con sus *stands* de exposición han contribuído al colorido y animación de estas reuniones, siendo muy visitadas. Figuraron entre éstas la de libros y revistas de nuestra especialidad, de *Aspas*, Distribuidora de Ediciones, y las grandes instalaciones de *Productos Químicos Schering*, *Laboratorios Casen, S. A.*, de Zaragoza, y las de *Pfizzer*, *Juste*, *Gamir*, de Valencia, e *Inibsa*; en todas ellas fueron los congresistas amablemente atendidos e informados en todo orden de detalles, recibiendo múltiples atenciones.



DR. CLAVERO NÚÑEZ, PRESIDENTE DE LA «SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA ESTERILIDAD»

Como ritual obligado, se celebraron las juntas generales de la *Sociedad Ginecológica Española*, presidida por el doctor Botella, y la de la *Sociedad Española para el Estudio de la Esterilidad*, presidida por el doctor Clavero, tomándose diversos acuerdos y señalando como lugares para la próxima reunión: Madrid, en octubre de 1960, y Lisboa, como sede del VIII Congreso Hispano-Lusitano.

Por la noche, la gran cena de gala, ofrecida con la característica esplendidez por «Productos Químicos Schering», precedida de un vistoso desfile de modelos y seguida de baile, cerró con broche de oro esta reunión, que, como las veces anteriores, ha hecho convivir una vez más, en íntima camaradería y hermandad, a los ginecólogos españoles y portugueses, dejando en ellos recuerdos indelebles.

R. HORNO LIRIA

EL IV CONGRESO DE LA UNIÓN PROFESIONAL INTERNACIONAL DE GINECÓLOGOS Y OBSTETRAS (U. P. I. G. O.), Y REUNIÓN INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD PORTUGUESA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

(Lisboa, 19-22 de septiembre de 1959)

La jornada científico-profesional celebrada en Lisboa fue un rotundo éxito, y una crónica detallada es difícil, por lo apretado del programa desarrollado. Asistieron ciento setenta especialistas de once países, y entre ellos, los doctores Netter, Palmer, Laffont, Thiery, Tesauro, Fobe, Ravina, Green Armytage, Folke Holtz, etc. La misión española estaba constituída por los doctores Luque, Usandizaga, Colmeiro, López de Osa y Fernández-Ruiz. Todos los profesores de las Universidades portuguesas y la casi totalidad de especialistas del país, a la cabeza de los cuales, los profesores Freitas Simoes, Gonçalves Azevedo, y los doctores Castro Caldas, Pedro da Cunha, Almeida, Melo Rego y el infatigable secretario general, Mario Cardia, miembros del Comité organizador, hicieron los honores con elegancia, esplendidez y, sobre todo, enorme cordialidad.

Valía la pena ir a Lisboa por varias razones: unos días de grata convivencia con fraternales amigos; los temas a tratar; las autoridades científicas asistentes, y la belleza natural de un país encantador, cuya historia se enlaza íntimamente con la nuestra. Sobre este último aspecto, haré algunas crónicas más adelante.

La reunión tuvo dos aspectos. Los dos primeros días se dedicaron al estudio de *Los métodos actualmente en discusión para el tratamiento del cáncer uterino*, y de manera simpática por su sencillez, sin la clásica y pesada sesión inaugural, se inició el trabajo con unas breves palabras de saludo del profesor Freitas Simoes y del profesor Furtado, en nombre del director del Instituto de Oncología, doctor Gentil. Se expusieron y discutieron las ponencias de Netter, Bourg, Watterville, Palmer y Grunberger sobre citología, histología, colposcopia y colpomicroscopia, en las que se recogía la experiencia de Francia, Bélgica, Suiza y Austria, seguida de la exposición de una discusión en «mesa redonda», de un gran interés, porque se evidenció la importancia de cada una de las técnicas, sin exclusivismo, complementarias unas de otras. Se trató de la difícil interpretación práctica del cáncer intraepitelial, del inconveniente del abuso de estrógenos sobre úteros seniles, y también de los andrógenos; la importancia de no oponer la citología a la histología porque la biopsia es siempre indispensable, pero «biopsia dirigida» previo test de Schiller y colposcopia; y se puso de relieve, por Grunberger, el enorme interés de la colpomicroscopia, en bellísimas preparaciones en color, mostrando las diferencias celulares según fijación del colorante, las atipias, las células cancerosas, mostrando la utilidad de este medio de «diagnóstico en vivo», que permite disminuir el número de biopsias; las «micros» en negro permiten un perfecto estudio de los vasos capilares. Es preciso, antes de estudiar un cuello, tratar previamente toda cervicitis inflamatoria para evitar errores de interpretación.



DR. MARIO CARDIA, SECRETARIO GENERAL

Se llega a la conclusión de que un servicio de diagnóstico de cáncer precisa ineludiblemente disponer de citólogo, histólogo y colposcopista especializados. Palmer insiste en que el diagnóstico definitivo pertenece a la histología, a condición de ser practicada la biopsia dirigida por el Schiller o colposco-

pia, y que en casos sospechosos se haga biopsia «total» por biopsia-exéresis o amputación del cuello.

Se destaca la dificultad diagnóstica del cáncer intracervical, para el que el frotis tiene indudable valor. Y se pone de relieve en la discusión la disparidad de criterios sobre la conducta a seguir en el tratamiento de lesiones límite. Palmer se mostró un excelente expositor práctico y un magnífico didacta; y Netter, muy ponderado en su ponencia de síntesis, y de una gran experiencia clínica.

Esta sesión se celebró en el Instituto Nacional de Oncología, magnífico centro clínico que cuenta con una excelente organización y dotación de medios de trabajo, y una enorme afluencia de pacientes, del que me ocuparé en crónica aparte.

La segunda cuestión estudiada fue también de mucho interés: *La profilaxis del aborto.* La reunión se hizo en la conocida Maternidad «Alfredo Costa», y el tema, subdividido en los siguientes apartados: «Causas del aborto espontáneo» y «Tratamiento profiláctico, médico y quirúrgico», encomendados a los doctores Usandizaga, P. da Cunha y Green Armitage. La sesión fue presidida por la directora de la Maternidad, doctora Van Zeller. Lo más destacado de la sesión fue la película proyectada por Green Armitage demostrando la técnica del «cerclaje del cuello uterino» abierto, causa de abortos repetidos por falta de apoyo, y que se puede practicar con hilo no reabsorbible que se extrae a los treinta y nueve días, o con una cinta de aponeurosis. Palmer se refirió a la importancia de la «histerografía cervical» en la patología del istmo (istmografía), y al cerclaje con hilo no reabsorbible, que se mantiene hasta el final del embarazo. El tema tuvo discusión en «mesa redonda».

Palmer, que tuvo una gran actividad en estas sesiones y respondió amablemente a todas las invitaciones del *symposium*, hizo una magnífica lección sobre el tema «Celioscopia», que fue ilustrada con una bella película personal, demostrativa de su técnica. Aconseja que esta exploración sea realizada por especialista, para uniformidad de interpretación de imágenes. Con ella se evitan muchas laparotomías innecesarias, seguramente un 40 por ciento con diagnóstico de ectópicos que no existen. Es muy interesante en amenorreas primarias para poder demostrar la presencia de un útero útil y no de una aplasia; en la exploración de la esterilidad es un tiempo indispensable que permite comprobar obstrucciones tubáricas internas y externas, endometriosis, tuberculosis, y es de gran valor en el estudio de las causas de algias pelvianas. Detalla los momentos de la técnica minuciosamente; el peligro de falsas vías; el tratamiento previo de vaginitis; valorar el tamaño de los órganos que aparecen a la vista en proporción a la distancia, que desfigura su tamaño en la técnica vaginal (no así en la abdominal, que da la impresión real del órgano); se aprecia la utilidad de la técnica para la biopsia, y la exploración combinada con colorantes.

Con ello termina la primera parte científica de la reunión, de mucho interés, porque se trató con detalle *el estado actual de la cuestión exploratoria del cáncer*, que iba a ser motivo de trabajo en la segunda parte desde otro punto de vista, social y económico, pero de indudable relación con cuanto se había expuesto. Esto fue un acierto en la organización del Congreso.

Las siguientes jornadas se hacen en la magnífica Facultad de Medicina, en el gran Hospital de Santa María, de reciente construcción, del que dará idea el dato de que sólo el sostenimiento del gasto de fuerza eléctrica se eleva a la cifra fabulosa de 800.000 escudos mensuales (más de un millón seiscientas mil pesetas).

El profesor Ravina (París) preside la sesión, en la que el doctor Mario Cardia, de Porto, resumió el estudio del tema *Despistage del cáncer genital de la mujer desde el punto de vista económico y social*, cuestión de un gran interés porque se recoge la experiencia y sugerencias de la mayoría de los países europeos. La ponencia general fue subdividida en ponencias encomendadas a los doctores Fernández-Ruiz, Reiles y Pundel, Grunberger, Wolff y colaboradores, Bruine, Thiery, Geisendorf y Tesauro, por España, Luxemburgo, Austria, Francia, Bélgica, Holanda, Suiza e Italia.

Es un estudio exhaustivo de la cuestión, que demuestra la enorme preocupación por esta lucha anticancerosa, que permitiría descubrir el cáncer en fases iniciales y, consiguientemente, de curación en el 100 por ciento de los casos. El resumen del doctor Cardia aporta la experiencia de Checoeslovaquia y de la U. R. S. S., que se une así a la de los relatores europeos. En resumen, el criterio es unánime en la necesidad de sistematizar este estudio tan ampliamente como sea posible, recomendando su apoyo a los Gobiernos, a pesar de las dificultades económicas que plantea. En este sentido, la ponencia española presenta un proyecto viable, sobre el que no damos detalles porque será publicado íntegramente. Nuestros puntos de vista fueron unánimemente aceptados. La ponencia que presentamos por España (Fernández-Ruiz) no fue exclusivamente personal, sino resultado de la aportación de la experiencia de diversos servicios que nos permitieron aportar el hallazgo de un 1 por ciento de cánceres asintomáticos descubiertos en el estudio de un total de nueve mil mujeres esudiadas en diferentes clínicas. Aceptando la cifra de ocho millones de mujeres en edad cancerosa, *habría teóricamente, y según la experiencia realizada, ochenta mil casos de cáncer insospechado a descubrir.* El cálculo que allí detallamos demuestra que con servicios bien remunerados (condición indispensable del éxito), *cada cáncer descubierto en fase asintomática cuesta unas 21.940 pesetas, lo que se considera rentable y no prohibitivo económicamente*; ello aparte de otros beneficios de diagnóstico y de tratamiento. Se hace resaltar el gravísimo peligro de la improvisación de las técnicas diagnósticas, de la improvisación de personal no especializado, de la enorme responsabilidad de la investigación, que exige un gran sentido deontológico y responsable, y se aconseja por España la creación de «Centros Regionales» muy bien dotados. «Centros piloto» como ensayo de una amplia organización y base de la lucha anticancerosa.

Para los directores de la Sanidad de todo el país, la reunión de Lisboa y sus ponencias son de enorme valor, y su consulta, obligada para cualquier proyecto de organización.

Muy importante fue el tema *Criterios de especialización en Obstetricia y Ginecología*, presentado por el profesor Ravina, Ibérico Nogueira, y López de la Osa, por España. El tema fue muy discutido, dado el diferente punto de vista de los diversos países, especialmente Francia, en que es clásica la subdivisión en ginecología médica, quirúrgica, etc., y el que esta última sea encomendada, en general, a los cirujanos generales; y ello, aparte de los obstetras, tocólogos puros y cirujanos. La ponencia del profesor Ibérico Nogueira, de Portugal, estuvo orientada en principio a defender la dualidad de especialidad (obstetricia y ginecología), aportando razones muy valorables, pero que no pueden ser generalmente aceptadas, como muy ponderadamente hizo constar en su ponencia López de la Osa, al que en la discusión apoyaron Usandizaga y Fernández-Ruiz *defendiendo firmemente el concepto de «unidad tocoginecológica»*, tanto en el sentido teórico como en el práctico. De ello me ocuparé más detenidamente en otro artículo, porque en estos momentos merece la pena fijar posiciones.

Por último se estudió la ponencia sobre *Clasificación económica de los actos obstétricos y ginecológicos según jerarquía de valores*, por los doctores Radelet, Castro Caldas, Folke Holtz, Martínez, Groot, Muller, Pundel y Meyland, en representación de Bélgica, Portugal, Suecia, Italia, Holanda, Francia, Luxemburgo y Suiza, cuyo estudio será publigratas, excursiones y atenciones a las damas cado por *Tokoginecología Práctica*, como todas las demás ponencias.

La U. P. I. G. O. celebró sus reuniones administrativas bajo la presidencia de los doctores Ravina (París) y Luque (Madrid), oyendo los detallados informes de los infatigables secretarios, Courtois y Balmary (Francia), y del profesor Freitas Simoes (Portugal), así como del doctor Mario Cardia (Porto). Luque, al



Dr. LUQUE

cesar en su cargo de presidente efectivo y pasar a honorario, fue objeto de un homenaje muy cordial y emotivo por parte del secretario perpetuo, Courtois, que hizo justicia a su meritoria labor en la U. P. I. G. O. y a sus dotes de cordialidad, ponderación y entusiasmo en su etapa de presidencia. Fue nombrado nuevo presidente el doctor Fobe, de Bélgica. La delegación española en el Comité de la U. P. I. G. O. fue encomendada a los doctores Fernández-Ruiz, Gómez Sigler y Horno Liria (Ricardo).

La próxima reunión, en el año 1961, se celebrará en Viena.

Esta apretada labor de trabajo fue compensada por diversas fiestas singularmente asistentes, lo que hace guardar de la estancia en Portugal un hermoso recuerdo.

Como complemento de la labor científica, el simpático doctor Mello Rego, colaborador directo del profesor Freitas Simoes en su cátedra, presentó tres películas interesantes: una sobre la operación de las bartolinitis por marsupialización, según técnica de Jacobson; otra sobre técnica de la histerectomía vaginal de Rouhier en el prolapso urogenital, y, por fin, otra sobre la técnica del injerto endocavitario uterino con trompa según Strassman, mo-

dificada; muy bien realizadas, cuidadosas y de excelente presentación. Naturalmente, suscitaron discusiones demostrativas de su interés, para satisfacción del doctor Melo Rego, que fue sinceramente aplaudido.

Esto, como nota informativa del Congreso. Por lo demás, Portugal nos ofrece a los españoles un ambiente familiar, un idioma muy próximo y una historia hermana. Hay que ir con tiempo, como a todas partes. Sólo con tiempo se puede saborear el encanto, no sólo de Lisboa, gran ciudad europea que progresó muchísimo en los últimos años, sino la industrial Porto y la encantadora Coimbra, evocadora de nuestro Santiago, llena de reliquias del pasado, repleta de historia y de leyenda y de poesía, con su Universidad maravillosa y su «Sala de los Capellos» y la «Fuente de las lágrimas» y el «Canal del amor», de doña Inés de Castro, y el recuerdo de aquella «Reina Santa», y Alcobasa, y Busaco, y Sintra, y Santa Lucía; y, claro es, Estoril y Cascaes, y Figueira da Foz, y San Martino..., y magníficas «estradas» (carreteras), por las que los coches se deslizan *sin desarmarse*; y centenares de estaciones con gasolina y aceite para todos los gustos y necesidades, y circulación libre de moneda, y oro que se vende libremente. Pero es caro; todo es caro...; al menos, para los españoles.

Una cerámica comprada al pasar por la carretera, tiene escrita una leyenda muy aleccionadora, que dice así:

«Pela verdade se ganha
o odio dos inimigos;
pela verdade se perde
a amizade dos amigos.»

Es una enseñanza del viaje, que me dejó preocupado; por eso la compré; para meditar. ¿Será posible, Señor, que nunca podamos decir la verdad sin perder?...

CÉSAR FERNÁNDEZ-RUIZ

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 404 - TOMO LXVIII
NOVIEMBRE 1959

LOS COMPLEJOS DE «EL BOSCO»

POR EL

DR. ANTONIO GARCÍA MUÑOZ

DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MÉDICOS ESCRITORES Y ARTISTAS

MADRID

DECIR Hieronymus Bosch —que es como se firmaba el pintor primitivo flamenco Jerónimo van Aeken, más conocido en España por «El Bosco»—, es tanto como decir enigma y fascinación. Nació hacia 1460 y murió en 1516. Vivió y trabajó en Bois-le-Duc, en el Brabante septentrional. Y esto es casi todo lo que de él se sabe. Lo mismo que su persona y su vida son casi un misterio, su obra, de la que se conservan solamente unos cuarenta cuadros, es también bastante misteriosa y continúa planteando problemas interpretativos.

¿Qué carácter predomina en esta obra? ¿Son las de El Bosco únicamente audacias de visionario? ¿O ironías de satírico? ¿Es la prudencia del hombre antiguo que avizora y hace de precursor y profeta frente a lo moderno? Quizá hay de todo un poco. A este pintor —moralista a ratos— debe el actual surrealismo lo más enérgico de sus esencias. ¿Precursor? Evidentemente. Ya al comienzo de nuestro siglo, dice Schmidt-Degener [1] que sus proverbios, en tanto que cuadros puramente de género, anuncian tiempos nuevos, hallándose el autor mucho más cerca de Jan Steen que de Dieric Bouts o Van der Weyden. Sí, El Bosco fue un gran precursor; pero también algo más que eso. A nuestro juicio, fue el hombre que supo poner sus propios «complejos» al aire. Y ello mucho antes de que Freud inventara el psicoanálisis, y de que una psicoanalista de lengua inglesa, Karen Horney, empezara en los últimos quince años a preocuparse de las posibilidades del autoanálisis (*Self-Analysis*), en cuya ruta El Bosco consiguió aventajarle en la enorme distancia de cuatro siglos y medio.

Lo más extraño de la obra de El Bosco se encuentra en España. Y entre ella destaca el tríptico conocido por «El Jardín de las Delicias», que será realmente el único tema plástico sobre el que se basen estas consideraciones.

La famosa obra ha suscitado y sigue suscitando comentarios y controversias inacabables. Es una de las joyas que hoy pueden ser admiradas en la Pinacoteca del Prado, y procede de San Lorenzo del Escorial. Era El Bosco artista predilecto de Felipe II, y lo prueba el hecho de que llegó a reunir dieciséis obras de este pintor. Después, los incendios se encargaron de reducir esta cifra a las diez obras

[1] F. SCHMIDT-DEGENER: «Le Jongleur de J. Bosch au Musée municipal de Saint Germain-en-Laye», *Gazette des Beaux-Arts*, 1906, t. I, p. 154.

que quedan en España, nueve entre el Prado y El Escorial, y una en la colección Lázaro Galdeano. Queda también alguna otra en colecciones particulares, pero de dudosa atribución.

«El Jardín de las Delicias» fue adquirido el año 1592 en la almoneda de los bienes de un hijo del gran duque de Alba y formó parte de los cuadros que Felipe II conservaba en su retiro del Monasterio. Este tríptico se lo regaló a su hija Isabel Clara Eugenia, pero fue solamente uno de esos regalos teóricos que con frecuencia hacen los padres a los hijos, porque lo cierto es que el tríptico permaneció en las habitaciones que el Rey ocupaba en El Escorial hasta su muerte.

Prescindiremos en este comentario de la grisalla que decora las puertas cerradas («La creación del mundo»), así como de las dos pinturas laterales («La creación de Eva» y «El Infierno»), limitándonos a considerar la tabla central, el «Jardín» propiamente dicho, que da nombre al conjunto de la obra. (Fig. 1.)

Cuando el P. Sigüenza describe esta tabla, a la que denominó «de la gloria vana», afirma que «es la cosa más ingeniosa y de mayor artificio que se pueda imaginar». Partidario de El Bosco y comprensivo, dice también que si «los demás procuraron pintar al hombre cual parece por fuera, éste se atrevió a pintarle cual es de dentro».

Un crítico alemán muy agudo, Karl Justi [2], opina que es la más extraña de las creaciones alegórico-moralistas del pintor. Que es un cuadro al que hasta ahora no se le ha podido poner nombre justo, a pesar de que los españoles lo llaman «El cuadro de la lujuria» y también «Los vicios y su fin». La escena —dice Justi— es una especie de paraíso terrenal, a juzgar por el traje de sus moradores. Hay un bosquecillo y un estanque que espejea entre la maleza de la orilla, la cual es circundada en procesión por un contejo de jinetes, caballeros en panteras, corceles, toros, leones, machos cabríos, camellos, osos, cerdos, unicornios... En el agua, grupos de ninfas coquetean con los jinetes... ¿Quién es capaz de seguir —afirma el crítico alemán— en todas sus revueltas el laberinto simbólico creado por el pintor? ¿Pretendió acaso exponer una filosofía cifrada de la sensualidad? ¿Proclamar la reivindicación de sus derechos, ya formulada por el Renacimiento...?

En las descripciones de Justi —con ser muy certeras— todavía no se apuntan con claridad los móviles que llevan al pintor de Bois-le-Duc a realizar estos que el propio artista llama «sueños». Haciéndose eco de tal denominación, el mismo Justi asegura que en los «sueños» de El Bosco se advierte una, al parecer, desordenada y violenta combinación de elementos tomados de la realidad y del sueño, pero cuya ejecución preside una idea consciente y reflexiva. Por nuestra parte, no creemos que existan componentes propiamente oníricos —no obstante el nombre de «sueños»— en ésta, o en las similares [3] obras de El Bosco, sino más bien productos evadidos de su inconsciente, como se dirá más adelante.

Se ha considerado a este pintor como el «lejano creador de la caricatura». En efecto, ya Maeterlink [4] sostenía que Hieronymus Bosch debiera ser estimado como un innovador y que es el primero, entre los pintores holandeses, que supo transformar el arte religioso, hasta entonces más o menos frío, hierático y engolado, dando a sus composiciones un aspecto de vida popular, más en consonancia con el gusto de la mayoría de sus contemporáneos. Y cuando se refiere a este «Jardín de las Delicias», dice que es una de las pinturas más curiosas que conoce y acaso la más interesante muestra del género satírico en la pintura flamenca. Maeterlink, pues, encuadra decididamente entre los satíricos al pintor.

[2] K. JUSTI: «Die Werke des H. Bosch in Spanien», *Jahrbuch der preussischen Kunstsammlungen*, t. X. Berlín, 1899.

[3] V. «El carro de heno», también en el Prado, a la que llamaríamos «fantasía vestida», en contraste con esta «fantasía desnuda», y de la cual quizá nos ocupemos en su día.

[4] L. MAETERLINK: «Le genre satirique dans la peinture flamande», Bruxelles, 1907.

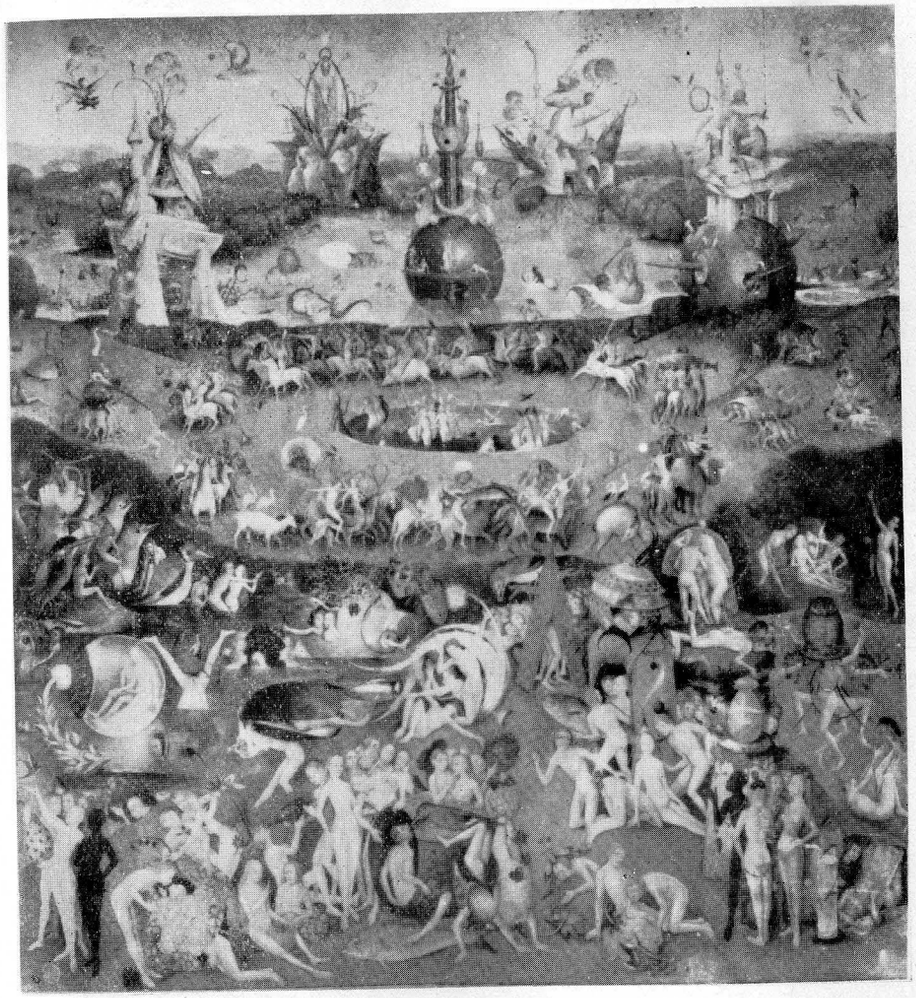


FIG. 1.—«EL JARDÍN DE LAS DELICIAS», MADRID, MUSEO DEL PRADO.

Y Renouvier [5] va aún más lejos al sostener que lo gracioso, picaresco y original (*drôle*) no hizo su aparición, como pudiera creerse, en Lyon, sede de Rabelais, ni en Estrasburgo, donde escribía Sebastián Brandt, ni en Mantua, la patria de Merlin Cocaïe, sino en Bois-le-Duc, el pueblo de El Bosco, a quien, como pintor

[5] JULES RENOUVIER: «Types et manières des peintres graveurs». Les maîtres drôlers. IIe partie. XVIe siècle. Chap. XXI, p. 143. París, 1854.

de monstruos y fantasías encantadoras o terribles, considera el primero de todos los maestros.

La categoría, por tanto, de El Bosco como irónico, satírico y divertido, queda bien afianzada con tales testimonios. En sus aspectos éticos, los exégetas más dispares han creído ver en el pintor desde un moralista a un heresiarca, tildándolo bien de atrayente y grandioso, bien de sarcástico y repugnante... No tanto, no tanto. Son insostenibles esos puntos de vista a ultranza, por demasiado extremosos. ¿Humorista, El Bosco? Desde luego. Y chistoso-moralista (*castigat ridendo mores*). Pero «incomprensible», como alguien lo ha llamado recientemente, no. Será más o menos difícil de comprender, no lo niego. Pero, si estamos en la mitad del siglo XX, cultura y experiencia (nobleza, al fin y al cabo) obligan...

Las recientes aportaciones de Baldass [6], Combe [7] y Leymarie [8], aparte del estudio personal y reiterado de la tabla en cuestión a la luz de la moderna psicología analítica, nos permitirán aventurar algún esbozo de interpretación de la obra y de la actitud psíquica de su autor al realizarla.

Dice Leymarie que el derroche de figuras de la tabla central del tríptico respira «lujuria barroca». Empero, no hay nada obsceno ni morboso en esas figuras. Hay gestos escabrosos, es cierto, pero todo ello exhala una inocencia genial. Y también malestar, imprecisa sensación de angustia y desagrado. En ese jardín de pretendidas delicias —desnudeces graciosas o chocantes, arabescos vivos, alucinante bacanal— se observa el frenesí ausente y distraído de lo sonámbulo. Es la absurda danza del sueño (absurda sólo en apariencia, pero con un contenido que el análisis puede revelar), y a su lado el lirismo de un poeta y la perspicacia de un autoanalista, en plena introspección, multiplicando profecías, pesquisas y descubrimientos. Por eso no hay lubricidad en este jardín, como no la hay en los hallazgos del laboratorio, ni en las investigaciones de la clínica. El Bosco se revela en esta obra como un investigador psicoanalítico de su propio inconsciente, y del inconsciente colectivo, sin saberlo.

En el fondo de la composición se ve una especie de alberca circular, probable alusión a la «Fuente de Juventud» por la que correría el «Elixir de la Vida» de los alquimistas. Todo ello explicable si se tiene en cuenta que estamos enfocando un trabajo realizado entre los siglos XV y XVI. En esa alberca se bañan unas cuantas mujeres. Salvo por la ausencia de trajes de baño y la presencia de sus cabezas de garzas y cuervos —atributos medievales de lo dañino y perverso—, El Bosco, actuando siempre como adelantado, nos presenta aquí casi la misma escena que puede verse hoy en cualquier piscina.

Alrededor discurre esa bizarra «Cabalgata de los Vicios», como la llama Brans [9] (fig. 2). La forman hombres montando una larga teoría de animales. La mayor parte de éstos deben de representar emblemas del Redentor. Los autores de Bestiarios alegóricos, y también místicos, como, por ejemplo, Ruysbroeck, consideran los siguientes animales símbolos del Salvador: unicornio, león, pantera, toro (como conductor de la manada), ciervo (por combatir a la serpiente, lo mismo que Cristo combate a Satán), gallo (imagen del pastor vigilante), etc.

El Bosco ha querido reflejar una imagen de la perpetua dualidad —quizá de sus propias tendencias ambivalentes— en la humana naturaleza. Los hombres cabal-

[6] Ludwig von Baldass: «Hieronymus Bosch», Verlag Anton Schroll Co., Viena, 1943.
[7] Jacques Combe: «Jheronimus Bosch», Pier Tisné, París, 1946.
[8] Jean Leymarie: «Jérome Bosch», Editions Aimery Somogy, París, 1949.
[9] J. V. L. Brans: «El Bosco en el Prado y en El Escorial», Ediciones Omega, Barcelona, 1948.

gan sobre las divinas bestias, cuya misión es neutralizar malignas inclinaciones, pero al mismo tiempo se ven obligadas a transportar los signos demoníacos que los hombres conservan encima (media luna, huevo, globo, frutos, pez muerto, puerco-espín, cuervo, lechuza, ibis, cigüeña...).

No todas las cabalgaduras representan la antítesis del vicio: es obvio que esos cerdos de grandes dimensiones personificarán los más groseros apetitos. Pero de todos modos resulta difícil labor la de distinguir los animales viciosos de los virtuosos, puesto que en el medievo varios de ellos simbolizaban idéntico pecado. Por ejemplo, pavo real, águila, león, significaban orgullo; gavilán y perro, envi-

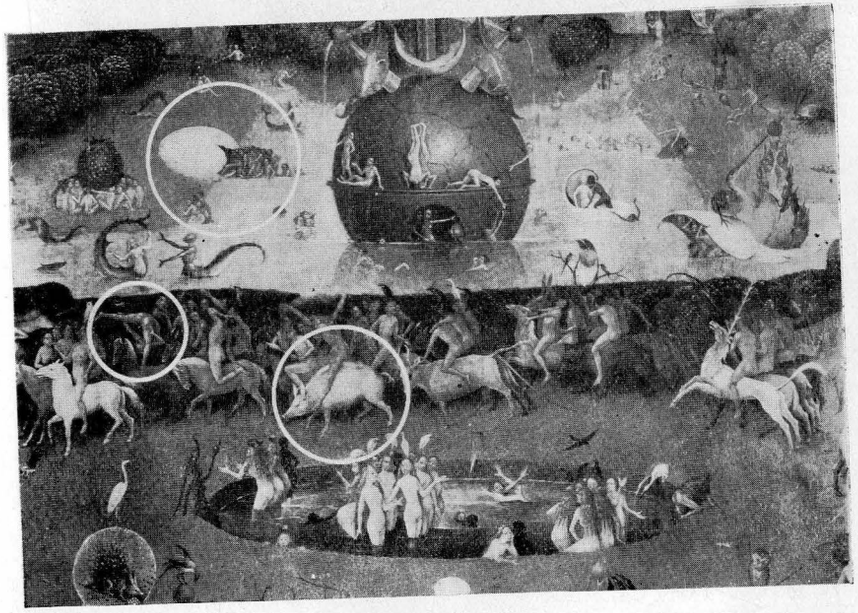


Fig 2.—Fragmento de «El jardín de las delicias».

dia; mono, cerdo, sapo y macho cabrío, lujuria; zorro y buho, malicia; peces, tiranía; tigres, venganza; mono y asno, avaricia, etc. Aparte del simbolismo que corresponda a esas plantas exóticas, que deben de representar para El Bosco flores del mal, así como las cerezas, grosellas, fresas y madroños, frutos insípidos o engañosos, deben de simbolizar los goces prohibidos. Porque el pintor, en su inconsciente moralizador, sabe sacar partido de todo, aunque sea en oscuras alegorías que exijan paciente y minuciosa labor interpretativa.

En la fila superior de la cabalgata, hacia la izquierda, se ve un hombre sostenido en un pie sobre el lomo de su caballo, en actitud verdaderamente circense, tratando de aproximar el rostro a su propio sexo. ¿Juego de equilibrio y dislocación o complejo de contenido sexual? (Detalle, fig. 2.)

El Bosco representa las delicias terrestres en numerosos y extraños grupos, cuyo comentario completo no es posible hacer por la forzosa limitación de espacio e ilustraciones. Bellezas de cualquier origen, incluso alguna beldad de piel totalmente negra, muéstranse en las más variadas actitudes: grupos idílicos, sujetos como hipnotizados, inquietos unos, otros hieráticos. Entre los juegos —no siempre

inocentes— a que se entrega esta turba, parece presentirse el pasatiempo del «adivina quién te dio», broma antigua en la que recobran su sentido los primitivos juegos entronizados y conservados tradicionalmente por aquellas épocas.

Inmediatamente por debajo de la cabalgata y hacia la izquierda aparece una pareja, con agua hasta medio muslo, trenzando unos pasos de danza. (Fig. 3.) Es la idea del baile como preludio —o sucedáneo— del ayuntamiento. Algo a la derecha y

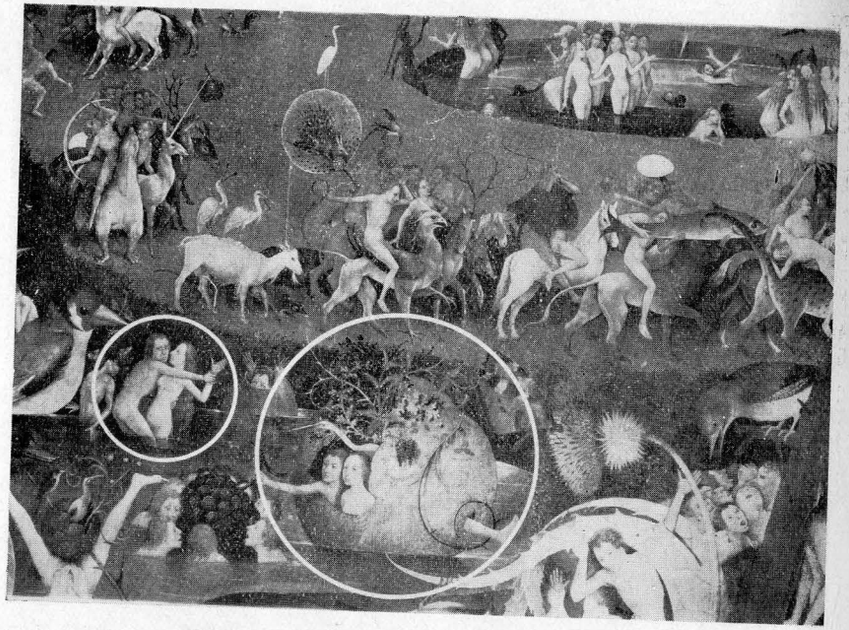


FIG. 3.—FRAGMENTO DE «EL JARDÍN DE LAS DELICIAS».

más abajo de este grupo, un hombre y una mujer, encerrados en una especie de queso de Holanda que flota sobre el agua, ofrecen a un grupo de figuras sumergidas grueso racimo de grosellas. Esa esférica construcción tiene una abertura por la que uno de los ocupantes asoma una pierna. No hay duda, a la vista de este detalle, de las dotes de caricaturista y precursor de El Bosco. ¡Quién iba a sospechar que una pintura del siglo XVI tendría plena actualidad, ante la escasez y angostura de las actuales viviendas, siendo visión anticipada y satírica del moderno hacinamiento en que la gente vive! Por supuesto, la abundancia de agua que hay por cualquier parte del jardín debe de implicar una referencia a la limitación del suelo holandés, donde es forzoso ganar la batalla al mar día por día. Acaso tenga análoga significación inconsciente la procesión de figuras que aparece en el lago superior surgiendo del agua y penetrando en el cascarón de un huevo, aparte, claro está, del simbolismo mágico y demoníaco atribuído al huevo del alquimista. (Fig. 4.)

Siguiendo por la izquierda hacia abajo, se ve a una pareja aprisionada en un globo de cristal, cuya transparencia permite al espectador comprobar sus actitudes, sin que ellos parezcan darse por enterados. Debe de ser la vieja idea de que los amantes «piensan que nadie los mira, y todo el mundo los ve». A nivel de esta

curiosa escena y más a la derecha aparece un hombre cargando sobre su espalda un enorme molusco, entre cuyas valvas adivínase a dos personas encerradas. Seguramente la idea de los humanos, presos en el emblema femenino, viejo símbolo éste, señalado también en el trabajo de Tolnay [10]. (Detalle, fig. 4.)



FIG. 4.—FRAGMENTO DE «EL JARDÍN DE LAS DELICIAS».

A la derecha de esta figura, casi en el centro de la tabla, se ve un grupo de tres efebos en bizarras posturas, medio resguardados por una extraña formación, entre vegetal y calcárea, con excrecencias puntiagudas. (Fig. 5.) Un cardo surge por la derecha, y al otro lado, un pájaro de gran tamaño cuelga en posición invertida de una de las excrecencias. El conjunto parece simbolizar un complejo de homosexualidad. Más arriba y completamente a la derecha hay un grupo bucólico, quizá uno de los de carácter más apacible de toda la composición. Las figuras dedícanse a alcanzar los frutos que penden de los árboles. (Fig. 6.) Cerca de este grupo, al centro y más abajo, una pareja de delicado dibujo yace sobre el césped. Ella mira con ojos arrobados a su compañero, cuya cabeza está cambiada en una fresa, simbolizando acaso la banalidad de las venturas que ella espera. Por fin, más abajo y a la izquierda, en el primer término de otro abigarrado grupo, una mujer exhibe un ramito de flores que brota de su orificio anal. ¿Simbolismo de lo efímero del placer? ¿Complejo de sodomía? Inmediatamente al lado de ésta hay otra mujer sentada que cubre su cabeza con un cono transparente que recuerda a las actuales capuchas de material plástico; hallazgo éste debido a la fina observación de Sofía Morales. (Detalle, fig. 6.)

Terminamos aquí las consideracionse descriptivas, en este recorrido por la tabla de El Bosco, para decir algo —aunque no pueda ser mucho— acerca de los mo-

[10] CH. DE TOLNAY: «Hieronymus Bosch», Basilea, 1937.

tivos psicológicos del pintor; es decir, de sus «complejos», que es, en fin de cuentas, el título de este trabajo.

Bueno será recordar la definición de C. G. Jung, creador del término «complejo». Según este autor, el complejo se forma a base de un grupo de elementos psíquicos que incluyen una carga emotiva más o menos enérgica. Tales elementos

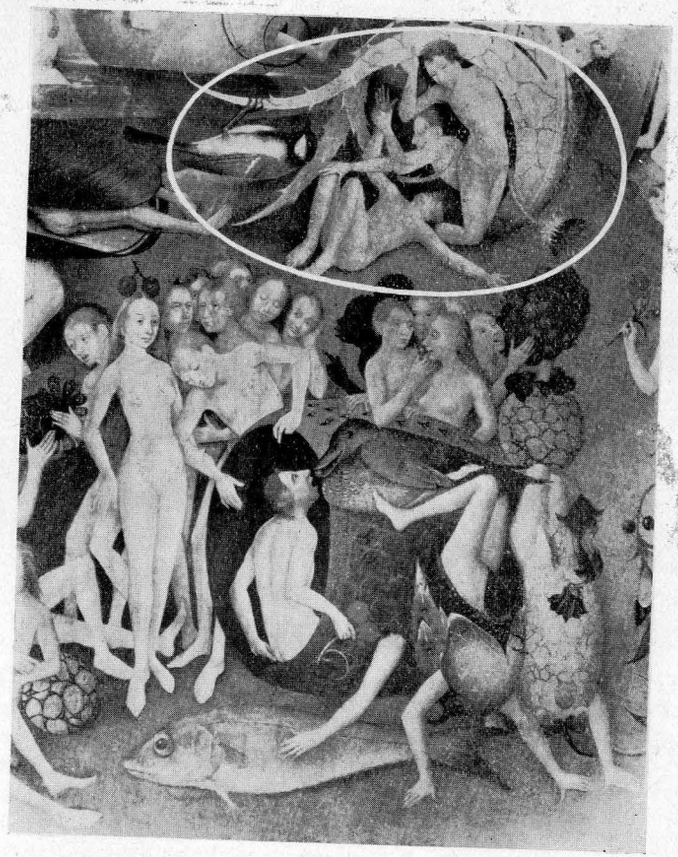


FIG. 5.—FRAGMENTO DE «EL JARDÍN DE LAS DELICIAS».

suelen constituir un centro nuclear y alrededor constelaciones asociadas secundariamente, por lo común en número considerable. El contenido de un complejo puede hallarse en la zona consciente o en la inconsciente, aun cuando el elemento nuclear en sus orígenes proceda siempre de la segunda zona. Pero recuérdese que decir «complejo» no supone decir forzosamente «trastorno», «enfermedad», ni «patología».

Algún investigador se ha planteado el siguiente interrogante: ¿Fue la de El Bosco una psiquis enfermiza? Por nuestra parte, no lo creemos así. Tendría quizá —como puede ocurrirle a la persona más normal— sus represiones internas, sus conflictos entre el «super-yo» (yo-ideal, núcleo de valores morales) y las propias inclinaciones o tendencias instintivas. Bajo el peso de tales conflictos y represiones

nació una vida de fantasía en el pintor que compensó, con las realizaciones de los pinceles, las limitaciones de su vida real. Freud diría que obras como la que nos ocupa representan pura y simplemente mecanismos de «sublimación», es decir, de dignificación y elevación a planos espirituales superiores de materiales mucho menos excelsos. Porque lo indudable, como dice bien Ephron [11], es que la obra del artista descubre y da a conocer su alma.

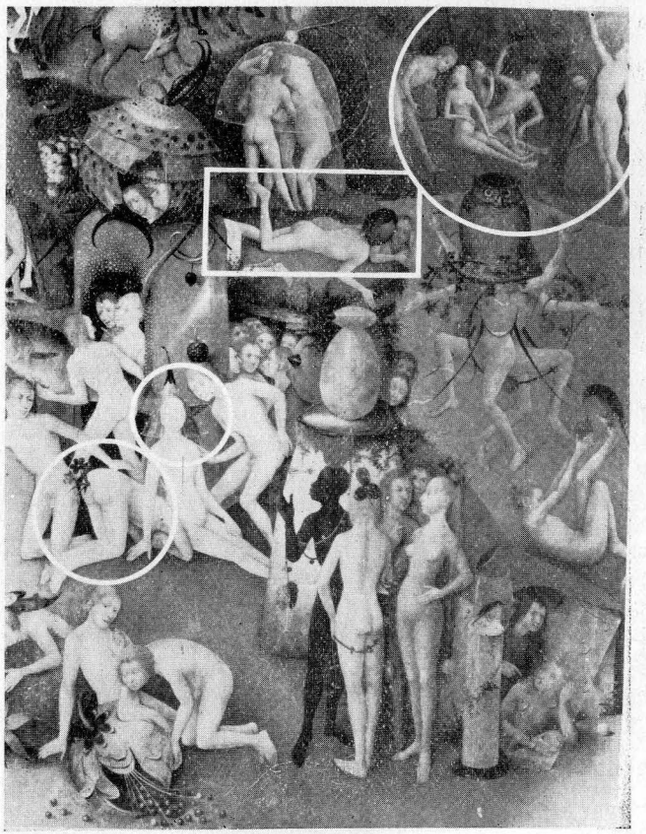


FIG. 6.—FRAGMENTO DE «EL JARDÍN DE LAS DELICIAS».

Ya hemos dicho que El Bosco es chistoso y que hace reír o sonreír. Pero no se olvide que sátira chistosa es también producto inconsciente. El chiste es «el sentido de lo desatinado» y, como afirma Freud [12], ocurrencia involuntaria, algo brotado de modo espontáneo, que sube a la superficie desde los estratos profundos de la personalidad. Desde esa misteriosa zona donde se albergan los complejos. Y todavía más: lo «ingenuo», dentro de la naturaleza de lo cómico, es lo que hay más afín al chiste. Nace también espontáneamente y es de efectos irre-

[11] W. EPHRON: «Hierunymus Bosch. Zwei Kreustragungen», Viena, 1931.
[12] S. FREUD: «El chiste y su relación con lo inconsciente», Biblioteca Nueva, Madrid, 1923.

sistibles. ¿Se atreverá alguien a negar los caudales de ingenuidad, de verdadero y auténtico candor, que se decubren en el pintor de Bois-le-Duc?

Esas condiciones de comicidad de origen inconsciente, se compadecen en un todo con sus tendencias moralizantes. El «super-yo» (yo-moral) de El Bosco era muy enérgico, y sus insobornables reacciones éticas, frente a la corrupción que se enseñoreaba del mundo en el ocaso del medievo, dan lugar a sus sermones pintados y a sus sátiras aleccionadoras.

En los complejos primitivos de El Bosco aparecen numerosos mitos medievales. Lógico, porque Religión, Filosofía y Arte, sobre todo, permanecen en constante comunión con el mito, y éste suele ser copioso manantial de inspiración. Además, entre el sueño y el mito existe paralelismo riguroso: el primero procede de la «prehistoria» del individuo; el segundo, de la «prehistoria» de la raza (K. Abrohom). Sin profundizar —cosa incompatible con un trabajo de esta naturaleza—, es claro y evidente el nacimiento de los «sueños» de El Bosco y sus abundantes mitos en esas zonas de la psicología profunda a que nos venimos refiriendo.

Dice Baudouin [13] que «existe un lazo natural entre el narcisismo y ciertas actitudes de exhibición». Quien se ama y se admira desea también ser admirado. Esto nos obliga a decir dos palabras acerca del «complejo espectacular» en El Bosco.

No es raro descubrir en los artistas tendencias a la exhibición. En la actividad estética del pintor de Bois-le-Duc, en medio de su tremendo retraimiento, no falta, empero, este complejo espectacular. Tiene el pintor fuerte propensión al «goce visual». Pero como las represiones han de decir siempre su palabra, se comprende que las tendencias a «mostrarse» y a «ocultarse» se hallen muy próximas. El complejo espectacular produce enérgicas ramificaciones en los predios de la curiosidad, y por esa razón pronto se suele pasar del complejo de «ver» al de «saber». «El Bosco», en su insaciable afán de conocer al ser humano en todas sus pequeñas miserias, ahonda, rebusca en el fondo de su inconsciente y va cristalizando cada hallazgo, a través de este autoanálisis, en creaciones estéticas de tanta importancia como la de este jardín, del que hemos intentado somero análisis.

En conclusión, recordaremos que el artista proyecta sus complejos en su obra, así como el espectador los suyos en el momento de la contemplación de aquélla. La obra de arte representa, pues, el resultado de una actividad subconsciente en el creador; la contemplación suscita, a su vez, otra actividad igualmente subconsciente en el espectador. Por eso, en la emoción estética existen elementos subconscientes que, de no ser movilizados en forma idónea por el espectador, impedirán o retrasarán la amplia comprensión y estimación de la obra de arte. Esta es, justamente, la razón de tantas posturas incomprensivas trenzadas en derredor de la persona y de la obra de El Bosco.

No deja de ser asombroso que sea el P. José de Sigüenza [14], escritor del siglo XVI, uno de los críticos que más comprensivos se han mostrado con el pintor. Ello da clara idea de la agudeza de este fraile para percibir los múltiples talentos de un artista que fue revolucionario en todo: en adelantarse a su tiempo, en el acierto de concretar ideas reprimidas en formas de alto valor artístico, en ser pintor surrealista cuatro siglos antes de inventarse el surrealismo, en saber ir más allá del objeto tangible para expresar ideas...

[13] CH. BAUDOUIN: «Psychanalyse de l'Art», Buenos Aires, 1946.
[14] J. DE SIGÜENZA: «Historia de la Orden de San Gerónimo», ed. 1599.

Una fuerte tradición gótico-medieval era el ambiente de Bois-le-Duc cuando allí trabajaba El Bosco. La evolución de su pensamiento afectado —cómo no— por las condiciones ambientales, ocurrió, no obstante, gracias a su mente poderosa y original. Y en esa evolución supo enardecerse con la creación artística y aprovechar sus propios recursos, conscientes e inconscientes, para desarrollar sus representaciones del mundo, en medio de una vida retirada. No hay que ser muy perspicaz para adivinar en El Bosco una personalidad esquizotímica, taciturna, retraída, dotada de poderosa vida interior. Por otra parte, la enorme capacidad de introspección del pintor échase de ver en la abundancia de alegorías y símbolos, que son el lenguaje natural del inconsciente.

«El solitario de Bois-le-Duc» llama Brans a este artista, que permaneció siempre en el mayor aislamiento, condición de vida a la que se somete gustoso desde los principios de su carrera. Porque es seguro que El Bosco debió de vivir recluído en su taller, como un verdadero alquimista de la pintura. Y si esta tabla que hemos comentado procede efectivamente de los últimos tiempos del pintor, habrá que pensar que El Bosco, viendo próximo su fin, realizó un supremo esfuerzo para legar al mundo una obra maestra —como es este «Jardín de las Delicias»— en la que probara ampliamente sus recursos técnicos, transmitiera su completa visión de la Humanidad, tal como la veía, y enviara su mensaje de advertencia a los hombres. Confesión, testamento, despedida, todo eso viene a ser lo que El Bosco nos dejó en esta obra...

RESUMEN

Tras unas breves noticias sobre el pintor flamenco Hieronymus Bosch, conocido en España por "El Bosco", se hace una descripción minuciosa de la más famosa de sus obras, el tríptico conocido con el nombre de "El jardín de las delicias", que se conserva en el Museo del Prado, y que perteneció a Felipe II, que lo retuvo en su retiro de El Escorial hasta su muerte.

En este conjunto ingenioso, artístico, pleno de creaciones alegórico-moralistas, el pintor refleja audacias de visionario, ironías, sátira, esencias surrealistas y representación de sus propios "complejos", cuatro siglos y medio antes de que Freud inventara el psicoanálisis.

El autor, con fina intuición, hace unas interesantes consideraciones acerca de los motivos psicológicos del pintor, es decir, de sus "complejos". "El Bosco", ahonda, rebusca en el fondo de su inconsciente y va cristalizando cada hallazgo, a través de este autoanálisis, en creaciones estéticas como la de esta obra aquí analizada.

Dirección: Nicasio Gállego, n.º 11. Madrid.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 404 - TOMO LXVIII
NOVIEMBRE 1959

TRATAMIENTO LOCAL DE LA COLITIS ULCEROSA GRAVE O POLICAUSAL

POR EL

DR. JUAN NASIO

DIRECTOR DE LOS ARCHIVOS INTERNACIONALES DE GASTROENTEROLOGÍA

BUENOS AIRES (ARGENTINA)

El tratamiento general y local simultáneos, en la colitis ulcerosa, es de extrema importancia. Lamentablemente, este último se ha desprestigiado por la utilización de sustancias medicamentosas agresivas, cuando no innocuas, en enemas y tópicos. Teniendo en cuenta estas clásicas desventajas, hemos ensayado en el tratamiento de esta enfermedad, después de experiencias realizadas en el perro, dos métodos de terapia local eficaces y no irritantes para la mucosa intestinal: la *ileostomía medicamentosa* (tratamiento «gota a gota») y los *microenemas emolientes*.

Ileostomía medicamentosa (tratamiento «gota a gota»).—En 1944 instituímos por primera vez el tratamiento «gota a gota» con sustancias medicamentosas introducidas por una sonda tipo látex, transanal, que pueda llegar hasta las primeras porciones del intestino. Nuestra técnica consiste en: *a*) conexión del aparato de goteo a una sonda látex e introducida por vía nasal hasta el cardias, yeyuno e íleon, según los casos; *b*) preparación de la mezcla para el goteo: 500 gramos de solución compuesta por una parte de hidróxido de aluminio coloidal (Pepsamar), tres partes de agua, 100 gramos de subgalato de bismuto puro, 50 gramos de elixir paregórico, 2 gramos de sulfisoxazol (Gantrisín) y córticosteroides (20 miligramos de prednisona ó 5 miligramos de dexametasona, ó 2'5 miligramos de triamcinolona). Puede agregarse cualquier otra medicación, adecuadamente dosificada, que se estime necesaria, evitando así la vía oral; *c*) la velocidad del goteo dependerá de la tolerancia gastrointestinal del paciente; término medio es de 10 a 20 gotas por minuto; *d*) el aparato permanecerá desconectado media hora antes y después del desayuno y té, y una hora antes y dos horas después del almuerzo y cena, pudiendo deambular el enfermo durante esos intervalos, si fuera permisible.

El método «gota a gota» de la colitis ulcerosa se realiza por períodos de quince días, con descansos no menores de un mes, reanudándose según la evolución de la enfermedad en cada caso. Por término medio se consumen 700 gramos de la preparación durante veinticuatro horas, aunque pueden utilizarse más sin perjuicios de ninguna clase, ya que la absorción de los mismos es nula. Los resultados beneficiosos de nuestro método han sido ratificados por varios autores, en particular uruguayos, norteamericanos, españoles, alemanes y polacos. Diez años más tarde (1955), MACHELLA, aunque emplea solamente mezclas de proteínas hidrolizadas, utilizó esta misma técnica. Insistimos en que la ileostomía medicamentosa no debe omitirse en la terapéutica de esta enfermedad.

Microenemas emolientes.—El tratamiento local con enemas y aplicaciones tópicas, las primeras por la cantidad de agua a presión, y las segundas por la necesidad del uso del rectoscopio, provocan, al margen de la eficacia de los medicamentos utilizados, una agresión a la mucosa rectosigmoidea desprotegida; de ahí que resolvimos emplear microenemas emolientes con distintas medicaciones que creímos de utilidad. Nuestra fórmula con vehículo emoliente (aceite de almendra entibiado), un analgésico local (mentol) y dos drogas combinadas de evidente acción sinérgica antiflogística, es la siguiente:

Prednisolona, 100 miligramos, o dexametasona o triamcinolona (Deltafluorene, Decadrón, Dexametona, Deltacortancyl o Kenacort), 20 miligramos; isoniazida, 1 gramo; mentol, 2 gramos; aceite tipo almendra, 1.000 gramos. (Mezcla para efectuar diez microenemas de 100 gramos cada uno.)

La emulsión se entibia en baño de María antes de cada aplicación, realizándose dos a tres veces diarias un microenema, a retener, de 50 a 100 gramos, por medio de una pera de goma empleada para enemas infantiles. Preconizamos por primera vez el empleo local de la isoniazida en la colitis ulcerosa, combinada con córticosteroides por haber comprobado clínica y experimentalmente que ejercen una acción local antiinflamatoria evidente. Los resultados son muy halagüeños dentro de las cuarenta a setenta y dos horas, siendo interesante comprobar la gran tolerancia de los enfermos a estos pequeños clísteres. Iniciamos nuestros primeros ensayos con los microenemas emolientes con prednisona, en 1955, antes de los trabajos de TRUELOVE (1956) y ASHER (1958); a principios del corriente año reemplazamos la prednisona y prednisolona por los primeros preparados comerciales de dexametasona obtenidos de los Estados Unidos de Norteamérica. Hasta la fecha no tenemos conocimiento de publicaciones referentes al tratamiento de la colitis ulcerosa con microenemas de dexametasona o con nuestra combinación sinérgica antiflogística de córticosteroides e isoniazida; de ahí nuestro interés en que tanto estos pequeños clísteres medicamentosos como la ileostomía médica sean ensayados en el tratamiento local de una enfermedad tan crónica como rebelde y en la que los recursos médicos terapéuticos son tan escasos.

RESUMEN

Para el tratamiento de la colitis ulcerosa grave tiene extraordinaria importancia la terapéutica simultánea general y local. Para este último aspecto, el autor ha empleado con éxito dos métodos eficaces y no irritantes para la mucosa intestinal, que denomina: ileostomía medicamentosa (introducción gota a gota de sustancias medicamentosas, por una sonda látex hasta las primeras porciones de intestino), y los microenemas emolientes (vehículo oleoso entibiado, un analgésico local y drogas combinadas de acción sinérgica antiflogística). Los resultados experimentales y en clínica humana han sido buenos.

BIBLIOGRAFÍA

ASHER, L. M.—«The treatment of ulcerative colitis with Prednisolone-phthalylsulfacetamide retention enemas». *Gastroenterology*, 34, 659. 1958.

NASIO, J.—«Tratamiento «gota a gota» de la colitis ulcerosa». *Rev. Clín. Mex.*, 10, 135. 1945.

— «Konservativni Léceni Prudkého Vredového Zánetu Tracníku», *Sbornik pro Pathofysioloii Tráverni a Vizivy*, Praga, 7, 278. 1953.

— «Colitis ulcerativa grave o colitis ulcerativa policausal», *Rev. Clín. Esp.*, 58, 281. 1955.

— «Severe ulcerative colitis. Medical treatment with ACTH and cortisone». *Am. J. Proctol.*, 8, 114. 1957.

— «Rational basis for medical und surgical treatment of severe ulcerative colitis». *Japanese Journal of Gastroenterology*, 55, 785. 1958.

TRUELOVE, S. C.—«Treatment of ulcerative colitis with local hydrocortisone». *Brit. M. J.*, 2, 1.267. 1956.

Dirección: Arenales, n.º 1.335. Buenos Aires.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 404 - TOMO LXVIII
NOVIEMBRE 1959

APORTACIONES A LA BIOQUIMICA DE LOS BARBITURICOS

III. PENETRACIÓN DE LOS BARBITÚRICOS EN EL EJE ENCÉFALOMEDULAR. SUSTANCIAS QUE LA MODIFICAN

POR EL

DR. VICENTE PEG JUARRERO

ZARAGOZA

UNA realidad incontrovertible en Fisiología es la de que el tejido nervioso, hasta cierto punto, es independiente de las variaciones físico-químicas del resto de los humores orgánicos. Este hecho, derivado quizá de la importancia y sensibilidad de los centros en él localizados, se conoce desde hace mucho tiempo y nos permitiría hablar de un «medio interno» del tejido nervioso con una constancia de composición mucho más estricta que aquella señalada para el «medio interno» de CLAUDIO BERNARD. Permítasenos hacer una exposición cronológica de descubrimientos e ideas en relación con este enunciado, y atribúyase, no a erudición, sino al deseo de sentar jalones para razonamientos posteriores.

En 1885, PABLO EHRLICH, el padre de la quimioterapia, descubría que la inyección intravenosa de un colorante ácido, la ceruleína-S, teñía los distintos órganos, dejando incoloro el cerebro.

ROUX y BORRELL en 1898, demostraban que la toxina tetánica era innocua cuando se inyectaba por vía intravenosa, mientras que inyectada directamente en el líquido céfalorraquídeo de los animales de experimentación, producía la muerte de los mismos después de una intensa sintomatología cerebral. Esto era todavía más notable, puesto que las dosis inyectadas por vía intrarraquídea eran diez veces menores que las administradas intravenosamente.

La misma diferencia en su acción, según la vía utilizada, demostraban BIELD y KRAUS (1898), para la bilis, y LEWANDOWSKY (1900), para el ferricianuro.

Las primeras experiencias sistematizadas realizadas en este terreno fueron las de GOLDMANN (1908), quien utilizó el azul de tripán, colorante ácido con molécula de tamaño coloidal, pero de peso molecular relativamente bajo (haremos constar que desde entonces hasta ahora este colorante es el predilecto de los investigadores). Dos fueron dichas experiencias: en la primera demostró que si el colorante se inyectaba intravenosamente (administración paraneural), en grandes cantidades, la coloración vital se presentaba en todos los tejidos sanos en el cerebro, del que sólo aparecían coloreados los plexos coroídeos; por lo demás, el animal no presentaba síntomas de intoxicación. En la segunda experiencia, GOLDMANN

Véanse las partes anteriores en los núms. 401, agosto, y 402, septiembre 1959, de esta Revista.

inyectó pequeñas cantidades de azul de tripán, directamente en el líquido céfalorraquídeo (administración endoneural). En este caso los animales murieron después de presentar signos ciertos de intoxicación nerviosa, comprobándose en la autopsia que su cerebro estaba fuertemente coloreado de azul.

De sus experiencias dedujo GOLDMANN que las células del cerebro no pueden evitar la absorción de sustancias tóxicas cuando éstas se encuentran en el líquido céfalorraquídeo, y que, por el contrario, no serían afectadas cuando éstas circularan por los capilares. Debería existir un obstáculo entre la sangre y el tejido cerebral, que, siendo impermeable al azul de tripán, protegería a la neurona de su acción tóxica, obstáculo que GOLDMANN localizó en los plexos coroideos. A partir de estas experiencias cruciales, muchos fueron los autores que llegaron a las mismas conclusiones utilizando diversas técnicas. Citaremos, entre ellos, a STERN y colaboradores (1922), quienes, prosiguiendo sus trabajos en este sentido, bautizaron con el nombre de «barrera hemato-encefálica» el obstáculo que impide o dificulta el paso de ciertas sustancias al cerebro. Debemos hacer constar que estas deducciones fueron hechas a partir de datos obtenidos por análisis realizados en el líquido céfalorraquídeo sin tener en cuenta las posibles diferencias entre dicho líquido y el tejido cerebral propiamente dicho. En realidad, no estudiaron la «barrera hemato-encefálica», sino la que después designaremos con el nombre de «hematoliquor».

Como consecuencia de todos estos trabajos, predominaba en aquella época la idea de que la «barrera hemato-encefálica» permitía o no el paso de las sustancias al líquido céfalorraquídeo, siendo éste el encargado de transportarlas hasta las neuronas; esta teoría viene resumida en la frase de HAUPTMAN (1926) de que «(todo) camina sobre liquor» (Veg ueber den Liquor).

Frente a esta hipótesis aparecen los trabajos de WALTER (1933), quien observó que ciertas drogas inyectadas intravenosamente ejercían su acción sobre el cerebro antes de que pudiera demostrarse su presencia en el líquido céfalorraquídeo. Señala también el autor que, en contra de las ideas antes expuestas, la extracción del líquido céfalorraquídeo en su casi totalidad, como ocurre en la encéfalografía, no altera el metabolismo cerebral, como ocurriría de ser ciertas las ideas de HAUPTMAN, y, por el contrario, hacía notar cómo la corta interrupción de la circulación arterial ocasiona daños irreparables en el sistema nervioso central.

Saltando en esta reseña histórica a la época actual, vemos que el interés por estos trabajos no sólo no ha decrecido, sino todo lo contrario. Numerosos autores se han consagrado a comprobar la existencia o no de estas barreras utilizando los métodos, cada vez más precisos, de la investigación fisiológica. Así, por ejemplo, TORE BROMAN (1949) estudia la permeabilidad de los vasos cerebrales del hombre y animales de experimentación, tanto en condiciones normales como patológicas, utilizando para ello colorantes arsenicales y sulfamidas.

LOUIS BAKAY (1956) estudia la «barrera hemato-encefálica» desde un amplio punto de vista, mediante la utilización de isótopos radiactivos, en particular fosfatos, que señalan el camino por el que llegan a la sustancia cerebral.

HUGH DAWSON (1956), en su obra «Fisiología de los líquidos ocular y cerebroespinal», recoge y compara los trabajos sobre bioquímica del líquido céfalorraquídeo y de su homólogo fisiológico, el humor acuoso ocular. Estos trabajos abren nuevos horizontes en la investigación sobre la génesis, bioquímica y significación fisiopatológica de ambos líquidos.

Como resultado de esta exploración bibliográfica podemos decir que hoy en día se acepta, por la mayoría de los investigadores, la existencia de «barreras» que, actuando selectivamente en los procesos de filtración e intercambio de líquidos

que tiene lugar en la intimidad del sistema nervioso central, protegen a éste de agresiones exógenas y endógenas, asegurándole al mismo tiempo una constancia de su medio interno imprescindible para un normal funcionamiento. McIlwain (1957), en su reciente libro sobre «Quimioterapia y sistema nervioso central», atribuye a las barreras encefálicas las tres funciones siguientes:

1.º Impiden la salida de los capilares de moléculas de gran tamaño, incluídas las proteínas, que, como hoy se sabe, en ciertas condiciones pueden atravesar los capilares del resto del organismo.

2.º Muchas sustancias ionizables penetran lentamente en la sustancia nerviosa procedentes de la sangre; tal ocurre con los bromuros, ioduros, sulfocianuros y, como se ha demostrado recientemente, utilizando isótopos con los cloruros, fosfatos y sodio.

3.º Diversas sustancias penetran más lentamente en el cerebro que en el resto de los tejidos, entre éstas los colorantes ácidos, a los que ya nos hemos referido. También penetra difícilmente la bilirrubina, aunque esta dificultad no existe en el cerebro del recién nacido; de ahí la producción del ícterus en los casos de ictericia *neonatorum*.

A nosotros, este problema de las barreras encefálicas nos ha preocupado desde estudiantes. En el transcurso de los años hemos visto y seguimos viendo cómo han cambiado las teorías sobre la permeabilidad de las membranas. Desde la primitiva de Overton, en que se atribuía la permeabilidad selectiva a la liposolubilidad de las sustancias, pasando por la de Collander y Barnuld (1933), para llegar al concepto actual de transporte activo, en que ciertas sustancias se unirían en la superficie celular con los productos a absorber y en esta forma los transportaría al interior de la célula, donde los liberaría nuevamente, transporte análogo al del oxígeno por los hematíes. Esta confusión en nuestro conocimiento sobre la intimidad del proceso de permeabilidad repercute naturalmente cuando se trata de estudiar la permeabilidad de membranas, que, como las que constituyen las barreras protectoras del sistema nervioso, ni siquiera tienen una localización anatómica precisa.

Como punto de partida de nuestros estudios, aceptamos la existencia de tres barreras, que denominaremos: *barrera hemato-encefálica*, *barrera hemato-liquor* y *barrera liquor-encéfalo*.

Barrera hemato-encefálica.—Por ella entendemos aquellos mecanismos de transporte selectivo que regulan, y con ello dos características fundamentales: el intercambio de líquidos y sustancias entre los capilares sanguíneos que, procedentes de las arteriolas aracnoideas, penetran en el tejido nervioso hasta profundidades variables, por una parte, y el líquido intersticial o plasma intercelular del tejido nervioso, por otra.

Cuando las arteriolas penetran en la sustancia cerebral, van rodeadas de una doble vaina constituída por la aracnoides unida a la adventicia de las arteriolas por dentro y por la pía, constituyendo la capa más externa; entre ambas existiría un espacio virtual llamado de Virchow-Robin, que termina a la altura de los capilares y que, a nuestro juicio, no tiene nada que ver con la barrera hemato-encefálica, sino, como veremos más adelante, con las otras dos barreras. Sería, pues, el propio capilar cerebral, en contacto con los espacios perineuronales o, más exactamente, con las prolongaciones de los astrocitos de la glía, quien regularía el intercambio. Parece demostrar esto el que las paredes de los capilares cerebrales se comportan frente a los colorantes vitales de distinta manera que las del resto de los capilares de la economía. Así, por ejemplo, Spatz (1933) comprobó que el azul de tripán, inyectado intravenosamente, colorea la totalidad de la pared de los capilares del hígado, no tiñendo la de los cerebrales. Esta permeabilidad

específica la adquiere el vaso una vez que entra en el tejido nervioso, como lo hace notar Broman al comprobar que los capilares coroideos presentan permeabilidad normal, continuándose con otros que, a partir de este momento, presentan la permeabilidad específica de los vasos cerebrales. El mismo Broman ha demostrado que esta propiedad de la pared capilar persiste hasta una hora después de la muerte, debido quizá a que las células que en ella intervienen son menos diferenciadas que las neuronas.

Los trabajos de Chambers y Zweifach (1947) han demostrado que la pared capilar tiene una gran complejidad estructural, no debiendo considerarse como una membrana porosa como hasta ahora se venía haciendo. Para estos autores, la barrera se localizaría, no en la célula endotelial propiamente dicha, sino en el cemento intercelular, el cual serviría de marco para los intersticios o poros. Sobre estos poros o dentro de ellos se depositarían moléculas de proteínas plasmáticas, en las que en un sentido estricto habría de localizar la función de filtro, para que variando tan fácilmente en composición y propiedades físico-químicas originan una paralela modificación en la composición del líquido filtrado. Naturalmente, todo aquello que ablande o disuelva el cemento interendotelial aumentará la permeabilidad capilar, la cual, al fin y al cabo, debería sus características a las físico-químicas de esta sustancia fundamental.

Esto parece coincidir con las ideas de Pappenheimer (1953), quien supone que el agua y las moléculas lípido-insolubles atravesarían la pared capilar a través de poros o canales acuosos, los que representarían en conjunto un 0'2 por ciento de la superficie histológica del capilar y cuya magnitud coincide con la supuesta de los poros intercelulares. Por el contrario, otras sustancias como el oxígeno, el anhídrido carbónico y moléculas, que, como las que estamos estudiando, se disuelven tanto en los lípidos como en el agua, dispondrían para su paso de la totalidad de la superficie endotelial, lo que explicaría una difusión transcapilar muchas veces mayor.

Apoyado en este hecho de la mayor permeabilidad de la barrera hemato-encefálica a las sustancias liposolubles, Weataerby (1943) ha querido reproducir «in vitro» las condiciones que en ella existen teóricamente. Para ello impregna una membrana de colodión de una mezcla de lecitina y cefalina cerebrales y comprueba que la membrana así preparada deja pasar las mismas sustancias que la barrera hemato-encefálica. Al mismo tiempo, observa que todo factor que modifique el estado de agrupación de estos fosfolípidos, como son el pH, la esterificación, la formación de sales, etc., cambia también la velocidad de difusión de las distintas sustancias a través de esta membrana.

Estudios recientes de Tschirgi (1952), Rodríguez (1955) y Waelsch (1955), demuestran que las sustancias fluorescentes tiñen las células de los capilares, pero no las de la glía que las rodean. Según estos autores, los apéndices de la células gliales formarían una cubierta continua alrededor de los capilares y los materiales procedentes de la sangre tendrían que atravesar esta capa de células antes de llegar a las neuronas; esto coincidiría con el hecho de que la permeabilidad característica aparece en el cerebro coincidiendo con el desarrollo de las células de la glía, y que ciertas células del cerebro, como el área postrema, la pituitaria y la pineal, que carecen de esta cubierta glial, son mucho más permeables que el resto del cerebro.

A estos hechos referentes a la constitución histoquímica de la membrana más interesante para nosotros, o barrera hemato-encefálica, tendríamos que añadir, para completar el estudio de las condiciones físico-químicas que rigen estos procesos de

difusión, ciertos hechos que afectan al estado químico de las sustancias que difunden y, en este caso particular, de los barbiturados. La CLOWES (1940) demostró que sólo los barbiturados en forma no disociada penetraban en los huevos de Arbacia; pero son los trabajos de BRODIE (1957) los que abren un amplio campo en este terreno, estudiando el paso de drogas a través de las mucosas gástrica e intestinal y comprobando que en ellas y aparte del factor ya conocido de liposolubilidad de la droga hay que tener muy en cuenta el estado de disociación de la misma, ya que sería la forma no disociada la que en realidad atravesaría las membranas celulares hasta igualar las concentraciones que en ambas superficies existirían, pero no de la droga total, sino sólo de las moléculas enteras de la misma. BRODIE comprueba cómo a través de las membranas estudiadas no difunden prácticamente los ácidos o bases cuyas constantes de disociación son grandes y haciéndolo con mucha mayor facilidad aquellas sales que el pH de los medios orgánicos están débilmente disociadas.

Citaremos, por último, el que en los estudios histoquímicos de esta membrana realizados por WISLOCKY y DEMPSEY (1948) en el cerebro del *Macacus Rhesus* se compruebe la abundancia de fosfatasa alcalina, no sólo en el endotelio de las arteriolas y capilares cerebrales, sino en toda la pared e incluso en la misma vaina perivascular. Esto hace suponer a dichos autores el que esta enzima juega un papel importante en la barrera hemato-encefálica, regulando el paso a través de ella de las sustancias fosforadas y quizá protegiendo el cerebro de ciertos agentes nocivos.

Barrera hemato-liquor.—Es curioso el hecho de que esta barrera, es decir, las relaciones de permeabilidad de la sangre y el líquido céfalorraquídeo, a pesar de que fue la primera en tener un sustrato anatómico, es, en el día de hoy y a nuestro juicio, la peor delimitada desde este punto de vista.

Efectivamente, ya en los primeros trabajos de GOLDMANN se comprobó que aquellos colorantes que no pasaban el líquido céfalorraquídeo aparecían altamente concentrados en los plexos coroideos. No podemos negar que la función de estos plexos ha sido objeto de numerosos trabajos. Anatómicos como SCHMIDT (1931) estudian su desarrollo en la época fetal y postfetal. MEEK lo estudia en las diversas especies animales, comprobando que su superficie es lisa en el cobayo, rata y ratón; forma auténticas vellosidades en el caballo y el buey, y es intermedia en el hombre. Los histólogos, por su parte, demuestran su constitución epitelial asentando sobre un tejido conectivo ricamente vascularizado una capa de células epiteliales que, aunque derivadas del epéndimo, son cilíndricas y altas, frente a las bajas y cuboideas del epéndimo propiamente dicho. Los fisiológos, como DANDY y BLACKFORM, y FRAZIER y PEET, demuestran la capacidad secretora de los plexos al producir hidrocefalia, ocluyendo el acueducto de Silvio en los perros; tampoco faltan observaciones de clínicos como CUSHING, quien comprueba de «visu» en sus intervenciones la formación de gotitas de exudado en la superficie de los mismos.

Pero falta, a nuestro juicio, un estudio en conjunto de esta barrera, que nosotros no sólo localizamos en los 200 c. c. que, según VOETMAN, representa la superficie de los plexos coroideos, sino que, como también lo hace HASSIM (1948), la extendemos a la totalidad de los vasos de la pía, ya que las experiencias de SCHALTENBRANDT y PUTNAM son, a nuestro juicio, grandemente demostrativas. Estos autores, mediante ventanas abiertas en el cráneo, comprueban cómo la fluoresceína inyectada intravenosamente pasa formando a manera de una nube desde los pequeños vasos de la pía al líquido céfalorraquídeo. Anatómicamente, incluímos también en esta membrana mehato liquor, los espacios de Robin-Virchow que hemos

descrito anteriormente y que representarían quizá restos de los canales que en las primeras épocas del desarrollo atraviesan la totalidad de la masa cerebral poniendo en comunicación las distintas cavidades y que desaparecen al alcanzar el cerebro su desarrollo.

Las características fisiológicas de esta segunda barrera difieren claramente de las otras dos. Desde este punto de vista, son muy demostrativos los trabajos de BAKAY (1951). Este autor utiliza lotes de gatos a los que inyecta fósforo radiactivo (P-32) en forma de fosfato. A intervalos variables sacrifica los animales y comprueba la presencia del fósforo radiactivo en cortes seriados del encéfalo mediante autorradiografía; con esta técnica observa que el fósforo radiactivo no pasa prácticamente al cerebro a través de la barrera hemato-encefálica, pero sí lo hace, y con bastante rapidez, al líquido céfalorraquíreo y a través principalmente de los plexos coroideos. Este es un hecho muy interesante, al que más adelante nos referiremos.

Barrera liquor-encéfalo.—Esta tercera barrera la localizamos anatómicamente en la llamada membrana pía-glial, constituída, como su nombre indica, por un lado, por la pía integrada por células mesoteliales con una mínima cantidad de tejido conjuntivo y que, recubriendo la superficie externa del eje encéfalo-medular, penetra en él acompañando los vasos hasta sus más finas derivaciones, y por otra parte, por lo que podríamos llamar membrana glial, que no sería otra cosa que la condensación en la superficie de los pies de los astrocitos.

Esta membrana es bastante permeable, como lo han demostrado los trabajos de PATECK (1944), empleando la tinta china, y de BAKAY, que utiliza colorantes ácidos y básicos de tamaño coloidal variable. En estas condiciones, han demostrado la naturaleza porosa de esta membrana y han podido precisar en veinte animales el tamaño de los poros de la misma y, por lo tanto, el diámetro máximo de las moléculas que podrían atravesarla.

Respecto a la actuación de esta barrera, podemos citar los trabajos de TSCHIRGY (1951), quien en animales anestesiados colocaba sobre la córtex de los mismos una gota de solución de azul de tripán; si la membrana pía-glial estaba intacta, no se coloreaba el cerebro; pero sí lo hacía cuando existía la más mínima lesión.

Más definitivos son los trabajos de BAKAY (1956), quien inyecta directamente en la cisterna fósforo radiactivo en forma de fosfato, comprobando que éste se distribuye uniformemente y con cierta rapidez a lo largo de las áreas periventriculares y corticales, pasando paulatinamente, y de acuerdo con las leyes de difusión, hacia las regiones centrales del cerebro. Si recordamos que la membrana hemato-encefálica es prácticamente impermeable al fósforo, podríamos admitir que este elemento tan importante en el metabolismo celular llega a la neurona a través de esta membrana pía-glial, coincidiendo en esto con la hipótesis de SACKS y CULBRETH (1951). Esta idea es, en parte, la de ABOOD, GERARD y TSCHIRGY (1952), quienes suponen que los fosfatos imprescindibles para el metabolismo de la glucosa podrían atravesar también, aunque lentamente, la barrera hemato encefálica.

Esta vía de penetración en el cerebro es utilizada frecuentemente en clínica y ha sido estudiada experimentalmente por la escuela del profesor MATEO TINAO. De sus trabajos, y refiriéndonos a las drogas en general, podemos señalar, y en esto coinciden con los de MCILWAIN (1957), que éstas, administradas por esta vía, presentan acciones en general muy distintas de aquellas que posee cuando se administran por vía paraneural.

Parte experimental

Material y métodos.—Se han empleado perros a los que se sometió a una ligera narcosis con hidrato de cloral morfina por vía intravenosa. Una vez anestesiados, con las técnicas habituales, se registraba la presión arterial y la respiración mediante cánulas conectadas con la arteria carótida y la tráquea, respectivamente. Realizado esto, se practicaba la punción suboccipital; se corta el pelo de la nuca del animal y con unas tijeras se practica una amplia incisión en la piel de la misma región, que pone al descubierto la capa muscular y las apófisis espinosas de las vértebras cervicales. Manteniendo la cabeza del animal fuertemente flexionada, se introduce una aguja de 50 por 0'8 milímetros, provista de su fiador. Esta aguja debe clavarse a unos 3 milímetros de la línea media, en un punto aproximadamente situado entre el segundo y último tercio de la línea que une el saliente de la concha del occipital con la apófisis espinosa de la vértebra prominente cervical. La aguja debe dirigirse hacia adentro y hacia la cabeza, encontrándose con facilidad el espacio intervertebral y apreciándose la penetración de la aguja a través de los ligamentos intervertebrales. Conviene no profundizar más de medio centímetro, para evitar la lesión de los vasos de la piel.

Salvo en casos excepcionales, las tomas de líquido céfalorraquídeo fueron de 0'50 c. c., evitándose en lo posible toda pérdida del líquido por el fiador.

Los barbitúricos se inyectaban en forma de sales sódicas, bien por vía intravenosa, safena, o por vía endoneural, a través de la aguja de punción.

Las soluciones empleadas fueron siempre a la concentración de 25 miligramos por centímetro cúbico, como son las de la mayor parte de los autores que han trabajado en este terreno. Las cantidades inyectadas variaron de acuerdo con las experiencias. La velocidad de inyección fue siempre de un centímetro cúbico por minuto. Las gráficas fueron fijadas del modo habitual, y la cromatografía de las muestras de líquido céfalorraquídeo para investigar la presencia de barbitúricos se realizó según las normas descritas en la parte de «Técnicas generales».

Resultados

En nuestras experiencias, nosotros hemos determinado dos tipos de transporte de los barbitúricos; uno, denominado tiempo de transporte safena-bulbo, y otro, que designamos como tiempo de transporte céfalorraquídeo-bulbo. El primero sería el tiempo en segundos que transcurre desde que empieza a inyectarse la solución de barbiturato en la vena safena del animal, hasta que se inicia claramente un descenso de la presión arterial. El segundo es el tiempo transcurrido desde el comienzo de la inyección en el espacio subaracnoideo, hasta la aparición del mismo fenómeno de hipotensión. Ambos tiempos se miden simultáneamente sobre la gráfica y mediante cronómetro.

La investigación cromatográfica del barbitúrico en el líquido céfalorraquídeo se realizó en muestras que se empezaban a recoger treinta segundos después de iniciarse la inyección del barbitúrico por vía intravenosa. Dado el flujo de salida del líquido céfalorraquídeo a través de la aguja, se tardaba por término medio otros treinta segundos en recoger la cantidad de 0'5 c. c., imprescindible para la determinación, lo que elevaba a un minuto el tiempo transcurrido. En todas las muestras investigadas pudo comprobarse la presencia del barbitúrico, existiendo por lo tanto una imposibilidad manifiesta de establecer diferencias en su comportamiento. Por esto, nuestros resultados expresados en la tabla adjunta se refieren

a lo que podríamos llamar «reacción biológica», ya que, repetimos, la cromatografía sólo nos ha permitido establecer que en menos de un minuto los diversos barbitúricos estudiados alcanzan en el líquido céfalorraquídeo del animal una concentración suficiente para dar una mancha clara en el cromatograma, lo que correspondería a una concentración de unas 50 gammas en el medio centímetro cúbico del líquido céfalorraquídeo utilizado en la determinación.

TIEMPO DE TRANSPORTE SAFENA-BULBO Y LIQUOR-BULBO DE LOS DISTINTOS BARBITÚRICOS

(Valores medios de al menos tres experiencias)

NOMBRE	FÓRMULA	ACCIÓN	SAFENA-BULBO	LIQUOR-BULBO
Allonal	Ac. isopropil alil barbitúrico	Hipnótico	23″	
Dial	Ac. dialil barbitúrico	Hipnótico	20″	
Evipán Narcovenol Hexobarbital	Ac. metil - ciclo hexelin - N-barbirúrico	Anestésico	25″	38″
Luminal	Ac. etil-metil barbitúrico	Hipnótico	19″	30″
Pentotal Tiopental Tiobarbital	Ac. etil - metil butil - 2 - thio barbitúrico	Anestésico	27″	31″
Pentobarbital Pentone Nembutal	Ac. etil - metil - butil barbitúrico	Hipnótico	21″	
Pernoctón	Ac. butil (sec) bromoetil barbitúrico	Anestésico	22″	26″
Surital Kemital Tiomital	Ac. alil-ciclo hexenil-2-thio barbitúrico	Anestésico		
Transital Amital	Ac. etil - isoamil barbitúrico	Anestésico	21″	32″
Veronal	Ac. dietil barbitúrico	Hipnótico	19″	28″

Sustancias modificadoras de la permeabilidad de las barreras encefálicas.—Hemos querido estudiarlas basados en los tiempos de transporte anteriormente determinados para cada barbitúrico, e inyectando la sustancia a investigar, generalmente por vía endoneural, dejando pasar unos quince minutos por término medio, para que desaparecieran los efectos secundarios e inyectando a continuación el barbitúrico problema. A continuación exponemos las sustancias estudiadas, el fundamento de su utilización y los resultados obtenidos.

Adrenalina: Stern (1927) demostró que la administración de la adrenalina a gatos y conejos hacía que el azul de tripán colorease el cerebro de los mismos, cosa que normalmente no ocurre. También Priedeman y Elkeles (1932) describen un efecto autoneurotrópico de la adrenalina cuando, combinada con la pituitrina, se inyecta intravenosamente a conejos. Provoca un aumento de la permeabilidad de las barreras para aquellas sustancias que normalmente penetran en el cerebro, como ciertos colorantes, narcóticos o convulsivantes, pero no posibilitan la penetración de aquellas que normalmente no lo hacen.

Nosotros, utilizando la adrenalina sola a la dosis de un miligramo, intravenosa, o de 0'25 por vía endoneural, no hemos podido observar modificaciones en el tiempo de penetración de los barbitúricos.

Cafeína: El salicilato de cafeína inyectado en la vena a la dosis de un centigramo, e intrarraquídeamente a la de 2'5 miligramos, aparece sin acción sobre los tiempos de transporte de los barbitúricos a pesar de que FRÖLICH y ZAK (1927), así como FRANCESCHETTI y WIELAND (1928), habían encontrado que la teofilina favorecía el paso de la morfina y colorantes ácidos en la rana, de la morfina en gatos y conejos, del cloruro magnésico en conejos y del ferricianuro potásico en ratones y cobayos. Estos autores, por el contrario, no pudieron observar ninguna acción favorecedora sobre la penetración de los bromuros y antipirina en el ratón y en el cobayo.

Urotropina: LE FEVRE DE ARRIC y WILLET (1926) indican que la urotropina, inyectada intravenosamente, facilita en el conejo el paso a través de sus barreras encefálicas, del virus del herpes. STERN y ZEITLIN (1927) y STERN, KASSIL y LOKSCHINA (1927) encuentran que la urotropina inyectada intravenosamente facilita en el gato y en el conejo el paso por las barreras del azul de tripán, pero no por el rojo congo, el ioduro sódico y el subnitrato de bismuto. MUTERMILCH (1926) hacía atravesar la B. H. E. a ciertos anticuerpos y a un arsenical, utilizando la urotropina. Resultado análogo al que conseguían STERN y sus colaboradores (1928), forzando la penetración de la hemolisina en el liquor.

Nosotros no hemos comprobado modificación alguna en el tiempo de penetración, lo mismo empleando la urotropina por vía intravenosa a la dosis de 200 miligramos, como inyectándola por vía endoneural a la de 50 miligramos.

Prostigmina: GREIG y HOLLAND (1949) comprueban un aumento de la permeabilidad de la B. H. E. de las ranas frente a la fuchina, cuando al mismo tiempo que ésta se les inyectaba fisostigmina. Este mismo autor comprueba que en el ratón la anestesia con veronal o con glucocloralosa se iniciaba antes cuando al mismo tiempo que el anestésico se inyectaba fisostigmina.

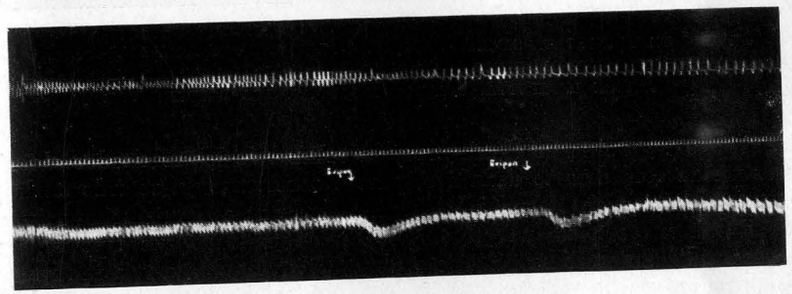
Esta acción, que también había sido demostrada sobre la permeabilidad de otras membranas como la de los hematíes, fue atribuída a su acción inhibidora de la colinesterasa. Parecen demostrarlo los trabajos de GREIG y CARTER (1954), quienes encuentran esta misma acción aceleradora de la penetración del barbitúrico en cortes de cerebro de cobayo.

Nosotros hemos empleado la prostigmina «Roche», de efectos similares a los de la fisostigmina, como hemos podido observar gráficamente lo mismo inyectada en vena a la dosis de 100 gammas por kilo de peso, como por vía endoneural a la dosis de 25 gammas por kilo también. Ahora bien: nosotros no hemos podido observar modificación apreciable y significativa del tiempo de penetración de los barbitúricos.

Succinato y malonato sódicos: Estos cuerpos se emplearon por motivo de índole metabólica. El succinato sería un metabólico a partir del cual la neurona podría liberar energía cuando no le fuera posible hacerlo con la glucosa, lactato o piruvato, por estar estas vías bloqueadas por los barbitúricos. El malonato es un inhibidor por competición de la succino-dehidrogenasa, fermento imprescindible para que en las condiciones antedichas de inhibición reversible de la neurona, ésta pudiera utilizar la energía procedente de la oxidación del ácido succínico.

Del succinato utilizamos un preparado comercial, y el malonato lo obtuvimos por neutralización con bicarbonato de ácido malónico «Merck». Ambos en soluciones al 2'5 por ciento y en dosis de 2 miligramos por vía endovenosa, y de 0'25 miligramos por vía endoneural.

Ninguno de los dos ha modificado el tiempo de penetración, pero sí hemos observado interesants acciones cuando se inyectaban por vía endoneural. En el caso del succinato se observó el conocido aumento de ventilación pulmonar, sin modificación de la presión arterial. En el caso del malonato, las reacciones eran opuestas, ya que, sin modificar la respiración, provocaba la elevación brusca y persistente de la presión arterial, que alcanzaba valores hasta tres veces los iniciales; esta hipertensión se mantenía unos minutos, después de los cuales, o se restablecían paulatinamente los valores iniciales, o bien tan bruscamente como se habían iniciado caían a cero con la muerte del animal. Estos fenómenos, que no creemos escritos, iban acompañados de erizamiento del pelo de la nuca y extensión de las patas anteriores del animal. Aunque estos hechos los creemos de gran interés, no pensamos deba figurar en esta tesis su estudio detallado, dejándolos para ser objeto de trabajos posteriores.

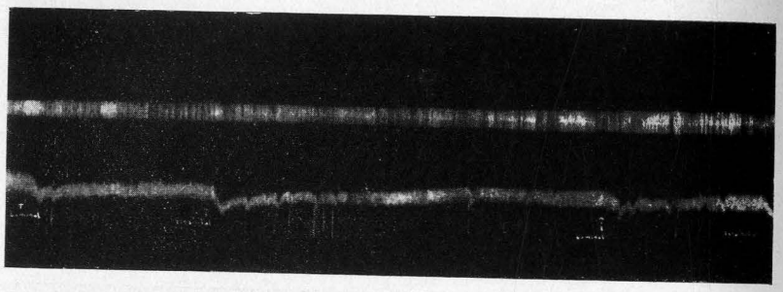


TIEMPO DE TRANSPORTE SAFENA-BULBO DEL EVIPÁN. OBSÉRVESE LA AUSENCIA DE REFUERZO AL REPETIR LA DOSIS.

Acetazolamida: Como sabemos, se trata de cuerpos diuréticos, que actúan por inhibición de la carbónico-anhidrasa. Nosotros hemos empleado el preparado comercial denominado «Edemox». Aunque no hemos encontrado antecedentes en el sentido de que estos cuerpos hayan sido utilizados para el fin que nosotros proseguimos, nos hemos basado en los trabajos de TSCHIRGI, FROST y TAYLOR (1954), quienes utilizando el «Diamox» comprueban una disminución del flujo del líquido céfalorraquídeo de la cisterna magna en conejos y gatos que habían recibido previamente este fármaco. Atribuyen el fenómeno a una disminución de la toxicidad de formación del líquido céfalorraquídeo. Por analogía, debemos señalar que HECKER y AMER (1954) comprobaron la disminución de la presión intraocular cuando se administraba diamox, tanto en sujetos normales como en glaucomatosos. Esta acción ha sido comprobada clínicamente por BREININ y GORTZ (1954) y por GRANT y TROTTER (1954), y entre nosotros, por ARRUGA.

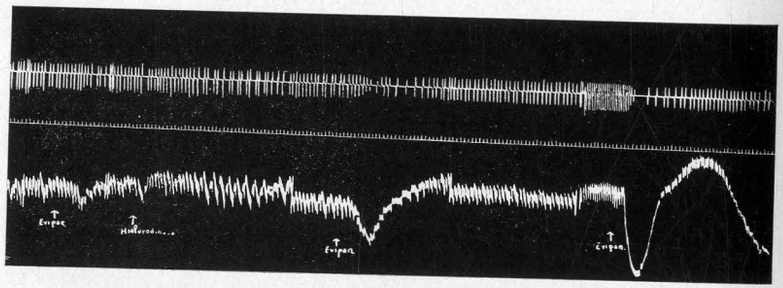
Esta acción fue atribuída por BECKER a una disminución en la formación de bicarbonato por parte de los epitelios ciliares a consecuencia de la inhibición por el fármaco de la carbónico-anhidrasa; el bicarbonato sería una sal imprescindible para la formación del humor acuoso. No parece muy lógica esta explicación, siéndolo más la de FRIEDENWALD (1949), quien supone que la formación del ácido carbónico sería un paso entre los múltiples procesos metabólicos que conducen al transporte activo del sodio y el cloro del plasma al humor acuoso.

Dada la analogía entre la formación y quizá la función de ambos líquidos —el acuoso y el céfalorraquídeo—, podríamos pensar en que esta acción sobre la permeabilidad se ejercería también en la formación del líquido céfalorraquídeo y, por lo tanto, que esta sustancia podría modificar, de la misma manera, los procesos de penetración de las drogas que estudiamos en el cerebro.



TIEMPOS DE TRANSPORTE SAFENA-BULBO PARA EL ISOAMITAL Y EL LUMINAL. NO SE OBSERVA MODIFICACIÓN, TANTO EN EL TIEMPO COMO EN LA INTENSIDAD DE LA ACCIÓN DEPRESORA, CUANDO SE REPITEN LOS BARBITÚRICOS.

Efectivamente, y sin que el número y la calidad de los resultados obtenidos por nosotros pueda considerarse definitivo, parece observarse un retardo en la penetración del barbitúrico en el encéfalo, medida ésta por el aumento que experimenta el tiempo de transporte safena-bulbo. Sólo hemos realizado tres experiencias, en las que hemos utilizado como barbitúrico el veronal, inyectado por vía intravenosa quince minutos después de la inyección intrarraquídea de 25 miligramos de edemox.



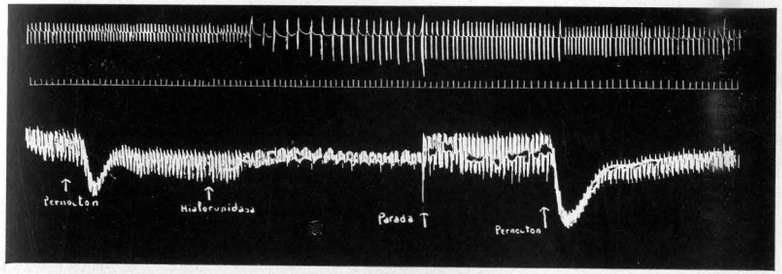
ACCIÓN DE LA HIALURONIDASA INTRARRAQUÍDEA SOBRE EL TIEMPO DE TRANSPORTE SAFENA-BULBO DEL EVIPÁN. PUEDE OBSERVARSE CÓMO EL EFECTO ES MÁS MARCADO A LOS TREINTA MINUTOS Y SE APRECIA EL CLARO ESFUERZO DE LA ACCIÓN DEPRESORA.

El tiempo medio de transporte safena-bulbo, en estas tres experiencias, fue de veintidós segundos, frente a diecinueve que son lo normal. Esto representa un alargamiento de un 15 por ciento en el tiempo de transporte.

Debemos señalar que, desde el punto de vista farmacológico, el edemox por vía endoneural sólo produce una ligera y pasajera hipotensión arterial.

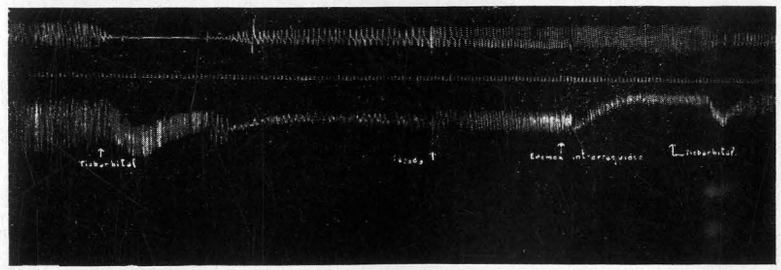
Hialuronidasa: Hemos visto la importancia que actualmente se concede al cemento intercelular de las paredes de los capilares en la regulación del paso de sustancias de la sangre a los tejidos circundantes. Podía, por lo tanto, esperarse

que agentes como la hialuronidasa, que actúa aflojando el cemento intercelular por su acción lícita sobre el ácido hialurónico (glicoproteído que forma parte esencial de este cemento), también modificaría la permeabilidad de estas barreras encefálicas.



ACCIÓN DE LA HIALURONIDASA INTRARRAQUÍDEA SOBRE EL TIEMPO DE TRANSPORTE SAFENA-BULBO DEL PERNOCTÓN. SE APRECIA UN FRANCO ACORTAMIENTO EN EL TIEMPO E INDUDABLE REFUERZO DE SU ACCIÓN DEPRESORA.

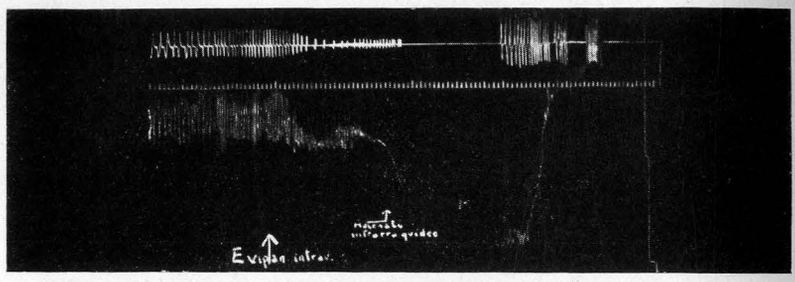
Ya DURAN REYNALS (1938) dedicó una atención especial a la acción que por el llamado «factor de difusión» existente en los extractos de testículo ejercía sobre el paso a través de los capilares de determinados colorantes. Comprobó que esta sustancia modifica indudablemente la permeabilidad, pero no cambia en nada la afinidad de los tejidos para las sustancias extrañas en el sentido de que, aunque aumenta la fijación de aquellas que ya lo son, no facilita la de aquellas otras que normalmente no son retenidas. Es decir, actúa amplificando un fenómeno existente, pero no provoca uno nuevo.



ACCIÓN DEL EDEMOX (ACETAZOLAMIDA), INYECTADO INTRARRAQUÍDEAMENTE, SOBRE EL TIEMPO DE TRANSPORTE SAFENA-BULBO DEL TIOBARBITAL. PUEDE OBSERVARSE UN CIERTO AUMENTO DEL MISMO.

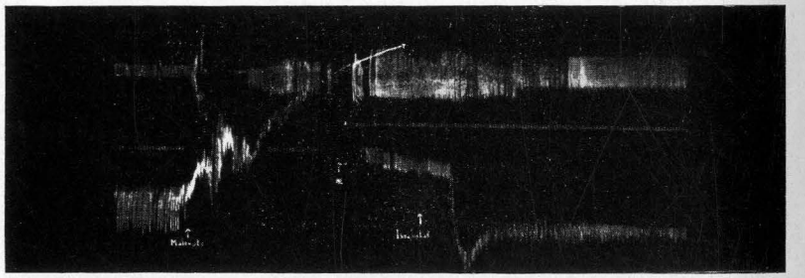
De un repaso realizado en la literatura hemos podido deducir que no existe un criterio uniforme en lo que se refiere a la acción de la hialuronidasa sobre la permeabilidad de las barreras encefálicas. Así, por ejemplo, FERRANDINI y SCIANNAMEO, citados por DAMSON, no consiguen modificar la barrera hematoencefálica con hialuronidasa. También KRAUTWALD y KOIMAR (1953) fracasaron en su intento de facilitar el paso de la penicilina al líquido céfalorraquídeo mediante la administración de hialuronidasa, y, por último, también son negativos los intentos de BUCKES y DIEMER (1956), quienes utilizando ratones como animales de experimentación,

quisieron facilitar la penetración del fósforo radiactivo inyectado intraperitonealmente, elemento que, como sabemos por los trabajos de BAKAY, no atraviesa prácticamente la B. H. E. Lo mismo empleando la hialuronidasa sola, o bien asociada a la histamina, los resultados fueron negativos, no pudiendo observarse depósito de la sustancia radiactiva en el cerebro de los animales tratados.



FUERTE ACCIÓN HIPERTENSORA DEL MALONATO SÓDICO POR VÍA SUBOCCIPITAL, EN UN PERRO EN QUE POR LA INYECCIÓN INTRAVENOSA DE EVIPÁN SE HABÍA PROVOCADO UNA FUERTE HIPOTENSIÓN.

Frente a estas experiencias negativas, tenemos las de KELENTEI y FOLDES (1854), quienes comprobaron que la inyección intravenosa en gatos y conejos de 200 a 400 unidades por kilo de peso de hialuronidasa, permitía la demostración de la estreptomicina a penicilina en el líquido céfalorraquídeo quince minutos después de su administración. Esta acción permeabilizante se reforzaba por la administración simultánea de histamina.



ACCIÓN HIPERTENSORA DEL MALONATO SÓDICO POR VÍA SUBOCCIPITAL, EN UN PERRO CON LIGERA ANESTESIA CLORAL-MORFINA. OBSÉRVESE LA VUELTA INMEDIATA A LA PRESIÓN INICIAL POR INYECCIÓN INTRAVENOSA DEL ISOAMITAL.

También KORTING, OSTERTAG y SCHMITZ (1952) comprobaron que la inyección subcutánea de hialuronidasa a ratas a las que simultáneamente se les inyectaba azul de tripán, permitía demostrar la existencia de este colorante en el cerebro de los animales así tratados y sacrificados de tres a seis días después, atribuyendo este hecho a una debilitación de la barrera («Auflockerung»).

El mismo BAKAY (1954) ha estudiado esta acción de la hialuronidasa, haciendo notar cómo sólo una formidable concentración del enzima puede sobrepasar la acción de sus inhibidores existentes en la sangre; esto sólo se consigue con grandes dosis de enzima purificado, inyectadas intravenosamente y en animales pequeños.

BAKAY intentó superar este inconveniente inyectando de 5.000 a 7.000 U. de hialuronidasa directamente en una de las carótidas de un conejo. Inmediatamente después se administraba por la misma vía una solución de fósforo 32. No pudo observarse diferencia en el sentido de aumento en el ingreso de fósforo en el cerebro, ni tampoco entre los contenidos de ambos hemisferios cerebrales.

Tampoco consiguió modificar la penetración de fósforo en ratas inyectando a estos animales mediante la inyección de 3.000 a 6.000 U. de hialuronidasa intravenosa.

Los mismos resultados negativos obtuvo cuando, en lugar del fósforo radiactivo, utilizó agua pesada, no pudiendo aumentar el contenido de ésta en el cerebro por la administración previa o simultánea de hialuronidasa.

Dados los resultados de estos trabajos, deduce lógicamente BAKAY que la B. H. E. no es influenciada por la acción de la hialuronidasa.

MODIFICACIONES DE LA PERMEABILIDAD DE LAS BARRERAS POR DIVERSAS SUSTANCIAS ADMINISTRADAS POR VÍA ENDONEURAL

SUSTANCIA	ACCIÓN FARMACOLÓGICA	ACCIÓN SOBRE PERMEABILIDAD
Adrenalina	Hipertensión	Nula
Cafeína	Nula	Nula
Prostigmina	Hipertensión ligera	Nula
Succinato	Hiperpnea	Nula
Malonato	Hipertensión muy intensa	Nula
Acetazolamida	Hipotensión ligera	Disminución
Hialuronidasa	Nula	Aumento

Nosotros hemos tenido en cuenta las ideas de BAKAY sobre la existencia de inhibidores en la sangre, que impedirían a la hialuronidasa actuar eficazmente. A este proceso de inhibición se uniría, naturalmente, el simple físico de la dilución. Por estos motivos hemos utilizado la hialuronidasa (Vister), pero administrada exclusivamente por vía endoneural y a la dosis única de 80 U. La administración se hacía en el animal después de haber determinado previamente el tiempo de transporte safena-bulbo. Una vez normalizado el animal, se inyectaba la hialuronidasa diluída en un c. c. de suero fisiológico (antes se dejaba salir algunas gotas de líquido céfalorraquídeo). Se esperaba treinta minutos y volvía a determinarse el tiempo de transporte con el mismo barbitúrico. En estas condiciones y en todas nuestras experiencias pudo observarse una significativa disminución en el tiempo de transporte safena-bulbo, exponente de una mayor permeabilidad de la barrera.

Los resultados los exponemos en el cuadro adjunto y también se pueden observar en las gráficas que acompañan, en las que debemos hacer notar la indiscutible acción de refuerzo ejercida sobre el efecto depresor del barbitúrico. Este hecho podemos referirlo también a la mayor facilidad de penetración y no a un simple efecto de acumulación, ya que en numerosas experiencias hemos podido comprobar que la repetición de la dosis al animal no produce un aumento en el efecto depresor que se mantiene constante.

EFECTOS DE LA INYECCIÓN ENDONEURAL DE 80 UNIDADES DE HIALURONIDASA SOBRE LOS TIEMPOS DE TRANSPORTE SAFENA-BULBO

NOMBRE	TIEMPO ANTES	TIEMPO DESPUÉS	VARIACIÓN
Evipán	25″	18″	— 28 %
Luminal	19″	17″	— 11 %
Pentotal	27″	19″	— 29 %
Pernoctón	22″	15″	— 32 %
Transital	21″	18″	— 14 %
Veronal.	19″	15″	— 21 %

DISCUSIÓN

El problema de la penetración de los barbitúricos en el eje encéfalomedular no ha sido estudiado de un modo particular, sino por contados investigadores. Este hecho parece absurdo dada la doble importancia de estas drogas, por un lado la farmacológica, y por otro la de que el conocimiento de sus acciones sobre los centros nerviosos puede ayudar al mejor conocimiento de los procesos metabólicos neuronales.

En la bibliografía consultada encontramos autores que, como MC ILWAIN (1958) y GREIG (1954), han trabajado en cortes de tejido cerebral y estudiado en ellos la influencia que sobre su metabolismo ejercen los barbitúricos adicionados al medio. Aunque los resultados hayan permitido deducir consecuencias interesantísimas, no sólo sobre el modo de acción de estos anestésicos, sólo en dos trabajos de BRODIE y colaboradores encontramos datos concretos sobre el tema que a nosotros nos interesa. En un primer trabajo de BRODIE (1950) estudia el metabolismo del thiopental y señala las concentraciones de diversos tejidos, y en particular en el líquido céfalorraquídeo del perro. En un trabajo posterior, BRODIE (1952) estudia la influencia de la grasa en el metabolismo del thiopental y describe las variaciones de la concentración de este barbitúrico en el líquido céfalorraquídeo en relación con las del plasma. Señala que inicialmente la concentración es muy baja en el líquido céfalorraquídeo, alcanzando su acmé a los quince minutos después de la inyección intravenosa en el perro de 25 miligramos por kilo de peso; atribuye este retorno al tiempo que tarda el barbitúrico en llegar a la cisterna magna, después de cruzar la B. H. E. En realidad, ésta es la única referencia bibliográfica que sobre nuestro trabajo hemos encontrado en la bibliografía revisada, ya que en un mismo trabajo posterior, el mismo BRODIE (1953) estudia el metabolismo del pentobarbital (thiobarbitúrico) en el hombre y en el perro, pero en él sólo se limita a dar ciertas cifras cuantitativas sobre la concentración de los diversos tejidos (incluído el líquido céfalorraquídeo) del perro, tres horas después de la inyección del barbitúrico.

Dada esta escasez de antecedentes bibliográficos, difícilmente podemos establecer comparación entre nuestros resultados y los de otros autores. Unicamente es clara la deducción de que los barbitúricos llegan rápidamente al tejido nervioso, como lo demuestran tanto la comprobación cromatográfica del mismo líquido céfalorraquídeo como la respuesta biológica del centro vasomotor. Debemos señalar que en el estudio farmacológico de los barbitúricos siempre han sido reacciones de tipo biológico las que se han utilizado como exponentes de sus acciones, bien sea iniciación de la anestesia, duración de la misma, aparición o desaparición de reflejos, etc. Nosotros creemos que la utilizada es mucho más útil, dada su constancia, precocidad y estabilidad en el curso de diversas experiencias. Otra conclusión que podemos deducir de nuestros trabajos es la de que los barbitúricos llegan al cerebro, si no exclusivamente, por lo menos en su mayor parte, a través de la B. H. E., ya que la administración endoneural de los mismos tarda casi el doble en provocar la misma respuesta. Podríamos pensar que, o bien el barbitúrico tiene que ser reabsorbido y por vía sanguínea llegar nuevamente a los centros, o bien que obedeciendo exclusivamente a las leyes de difusión atraviesa la B. H. E. y penetra en la sustancia cerebral en un sentido concéntrico. Nosotros nos inclinamos por esta última hipótesis, basados en que, teniendo en cuenta que la velocidad con que se reabsorbe el líquido céfalorraquídeo no es superior a 0'5 milímetros por minuto, el paso del barbitúrico a la sangre sería, por un lado, muy lento, y por otro, su dilución en el plasma circulante difícilmente podría explicarnos su acción depresora, aun admitiendo el retardo antes señalado.

¿Qué significación tendría el líquido céfalorraquídeo como medio de transporte de sustancias hacia la intimidad de los centros nerviosos? A nuestro juicio, ninguna. Esto no quiere decir que aceptemos la tesis de LANGE (1935), que consideraba el líquido céfalorraquídeo como un simple baño acuoso que rodeando el cerebro le protege de toda injuria que venga del exterior, relegándole, por tanto, al papel de un material inerte de relleno (Totes Fülmaterial). Por el contrario, nosotros consideramos que el líquido céfalorraquídeo cumple dentro del sistema nervioso central una importantísima función, en cuanto constituye en él, dentro de ciertos límites, la labor que en el resto de los tejidos desempeña la linfa.

Nosotros sabemos que los centros nerviosos carecen de linfáticos; ¿cómo, pues, el líquido intersticial filtrado a través de la B. H. E. no va a disponer de un mecanismo absolutamente seguro que cierre el circuito de líquidos entre la sangre arterial y la venosa como existe en el resto de los órganos de complejidad y sensibilidad más exquisita?

Ahora bien, ¿cómo se puede asegurar el líquido céfalorraquídeo este cometido? Nosotros creemos que lo desempeña mediante dos funciones principales: una, mantener en contacto íntimo con la sustancia nerviosa un líquido cuya concentración molecular en general y particular de determinadas sustancias asegura la existencia constante de un gradiente de difusión en sentido tejido nervioso - líquido céfalorraquídeo. Naturalmente que este gradiente, y por consiguiente la dirección del flujo, puede invertirse por métodos no fisiológicos.

La segunda condición, indispensable además para cumplir la anterior, es la de renovación o circulación dinámica de este líquido. No vamos a describir cómo son los procesos en virtud de los cuales el líquido céfalorraquídeo es absorbido del conducto aracnoideo y por los corpúsculos de Pacchioni y vellosidades aracnoideas pasa al torrente circulatorio. Más nos interesa el proceso en virtud del cual se forma este líquido y que para nosotros sería doble; por un lado, provendría del rezumamiento del plasma intersticial del tejido cerebral y que atravesaría la barrera L. E. en sentido inverso. Por otro lado, y sería cuantitativamente factor determinante del plexo coroideo cumpliendo sus funciones de auténtica glándula, segregaría un líquido que aseguraría por un lado una cierta presión hidrostática, necesaria para mantener la circulación del mismo hacia sus lugares de absorción, y por otro, conseguir que este líquido mantuviera una composición adecuada a fin de que en todo momento existiera una caída de concentración de las sustancias nutritivas entre los capilares sanguíneos, de una parte, y el plasma intercelular cerebral, por otra.

En apoyo de esta hipótesis, quizá algo aventurada, podríamos aducir datos anatómicos y clínicos. Desde el punto de vista anatómico, si atribuímos al líquido céfalorraquídeo un papel de simple almohadilla protectora, ¿por qué la Naturaleza, tan previsora, hace que los haces conductores de mayor resistencia y capacidad regenerativa ocupen las partes centrales? Teológicamente pensando, es más fácil aceptar que las neuronas, de una actividad metabólica mucho más intensa que sus prolongaciones, se encuentran localizadas en la superficie a fin de facilitar el intercambio de sus metabolitos con el líquido céfalorraquídeo, que prácticamente las baña.

Desde el punto de vista clínico, existe un hecho no bien explicado, que es el de la disminución de las meningitis, de la glucosa y de los cloruros en el líquido céfalorraquídeo, mientras que estas cifras se conservan normales o incluso están aumentadas en las encefalitis. Es absurdo pensar que esto se deba a la presencia de gérmenes en líquido céfalorraquídeo. Más lógico sería sospechar que en las meningitis cuyas lesiones se iniciarían a partir de los capilares sanguíneos, se altera fundamentalmente la permeabilidad de la B. H. E., lo que acarrearía un aporte insuficiente de metabolitos; esto, coincidiendo con un consumo aumentado de los mismos por parte de las zonas inflamadas, sería responsable del descenso de estas sustancias, principalmente de la glucosa.

Por el contrario, en las encefalitis cuya localización es predominantemente periventricular, no se afectaría en términos generales la B. H. E. y sí la H. L., principalmente en la zona de los plexos coroideos. A esta alteración de la glándula coroidea podríamos atribuir la falta de su función diluyente del líquido céfalorraquídeo.

Nos queda por hablar de los resultados obtenidos en nuestros intentos de modificar la permeabilidad de las barreras mediante las drogas diversas. Con la mayor parte de las sustancias ensayadas, los resultados han sido negativos, cosa que nos sorprende, ya que la mayor parte de los autores la atribuyen a las variaciones provocadas en las constantes circulatorias del animal. En nuestros trabajos, y particularmente cuando la administración se hizo por vía endoneural, estas modificaciones fueron tan ligeras que no pudieron originar alteraciones suficientemente marcadas en la circulación cerebral.

Por el contrario, creemos de gran interés el hallazgo de dos sustancias activas en este sentido. Con la acetazolamida, sus acciones son discretas, por lo que no permiten establecer juicios definitivos, pero sí abren un camino en el terreno experimental y clínico.

En cuanto a la acción de la hialuronidasa, sí creemos poder afirmar que por vía endoneural esta sustancia modifica intensamente la permeabilidad de las barreras. Este hecho tiene un doble interés: por un lado, posibilitaría la llegada al cerebro de determinadas drogas con fines terapéuticos; por otro, debe prevenir al clínico de que cuando éste la emplea con fines de evitar la formación de adherencias en el canal raquídeo, puede secundariamente facilitar la entrada de toxinas e incluso gérmenes en el tejido cerebral.

Resumen y conclusiones

Guiados por la idea de que es necesario incorporar a la *Farmacología* actual nuevas técnicas de estudio con la meta de llegar a un conocimiento del mecanismo íntimo, es decir, bioquímica de todos los fármacos, hemos aplicado el estudio de ciertas acciones de los barbitúricos, modernas técnicas bioquímicas de investigación, entre otras la cromatografía sobre papel y la electroforesis.

Hemos dividido nuestro trabajo en tres partes:

Primera parte.—En ella estudiamos las técnicas de cromatografía sobre papel, aplicables a la investigación de los barbitúricos en los medios biológicos, tanto en lo que se refiere a su separación como a su identificación. Hemos estudiado con particular interés los solventes propuestos por diversos autores, lo mismo que los reveladores, profundizando en las técnicas de microcristalización.

Con fines ulteriores de trabajo, hemos adaptado a nuestras posibilidades, técnicas para la determinación cuantitativa de los oxi y tiobarbitúricos.

Segunda parte.—En ella hemos estudiado el transporte de los barbitúricos por las proteínas séricas. Para ello hemos separado las diversas fracciones proteicas mediante una técnica personal de electroforesis sobre papel, investigando posteriormente, por cromatografía sobre el papel, la fijación de los oxi y tiobarbitúricos por las tres fracciones proteicas: albúmina, beta y gamma globulina, señalando las características cualitativas y cuantitativas de las diversas uniones proteína-barbiturato.

Tercera parte.—Después de un estudio bibliográfico en el que ponemos al día los conocimientos e ideas sobre las «barreras hematoencefálicas», señalamos la capacidad de establecer tres de estas barreras con características anatómicas, fisiológicas e histológicas diferentes: la hemato-encefálica propiamente dicha, la hemato-liquor y la liquor-encefálica.

Hemos estudiado en el perro lo que llamamos «tiempo de transporte», es decir, el tiempo transcurrido desde la administración de un barbitúrico por vía endovenosa o endoneural, hasta su llegada a los centros bulbares, estableciendo los valores cuantitativos de los tiempos de transporte safena-bulbo y liquor-bulbo, indicando sus diferencias para los diversos barbitúricos ensayados.

Asimismo hemos estudiado la posibilidad de facilitar o retardar la penetración de los barbitúricos en el sistema nervioso central, utilizando diversas sustancias; la mayor parte de ellas han resultado ineficaces; pero, por el contrario, hemos comprobado la acción facilitadora y reforzadora de la hialuronidasa inyectada por vía intrarraquídea, y una acción inhibidora, no tan marcada, de la acetazolamida administrada por la misma vía.

Basados en nuestros resultados y en los datos de bibliografía, proponemos una interpretación de la significación funcional del líquido céfalorraquídeo, estableciendo su analogía en este aspecto con la linfa y el humor acuoso ocular.

Del estudio de las experiencias realizadas podemos deducir las siguientes *conclusiones*:

1.ª Creemos que la cromatografía sobre papel es el mejor método de que se dispone para la separación e identificación de los diversos barbitúricos entre sí y dentro de los medios biológicos.

2.ª Del estudio de los solventes propuestos en la literatura mundial, consideramos como los más útiles los amoniacales, por poder aplicarse en la generalidad de los casos y por obtener óptimos resultados en lo que se refiere a ausencia de «colas» y nitidez en la separación.

3.ª Los reveladores utilizados los dividimos en dos grupos: generales de todos los barbitúricos (sales de plata y de cobalto) y especiales de algunos de ellos: de los oxi-barbitúricos (acetato de cobalto), de los tio-barbitúricos (cobre-dietilamina) y de los barbitúricos no saturados (permanganato potásico).

4.ª Hemos estudiado la microcristalización como método de reconocimiento de los diversos barbitúricos, por considerarlo de gran interés, presentando microfotografías correspondientes a ocho de estos compuestos e indicando la técnica a seguir para la obtención de los mismos después de su separación por cromatografía.

5.ª Proponemos dos técnicas fotocolorimétricas para la determinación cuantitativa de los oxi y tiobarbitúricos, respectivamente, señalando los procedimienttos de extracción, característica de la reacción coloreada y detalles técnicos de su realización, especificando los resultados obtenidos en diversos patrones de barbituratos.

6.ª Proponemos una marcha analítica a seguir para la separación e identificación de un barbitúrico en un medio biológico, basada en la cromatografía sobre papel, microcristalización, empleo de reveladores adecuados y valoración de sus Rf, de los que damos nuestros resultados para diez de ellos.

7.ª Hemos comprobado, mediante un método de diálisis adecuada, la fijación de los barbitúricos por las proteínas séricas, que es máxima para los tiobarbitúricos (74 a 81 por ciento del barbitúrico total) y menor para los oxibarbitúricos (46 a 50 por ciento).

8.ª Los tiobarbitúricos desplazan a los oxibarbitúricos de sus combinaciones con las proteínas, lo que hace suponer que son idénticos los puntos de unión entre ambos casos. Se estudia, a la luz de nuestros resultados, la físico-química de la unión proteína-barbiturato.

9.ª Señalamos la paradoja de la mayor retención por las proteínas de los barbitúricos de acción rápida frente a los de acción lenta, y lo explicamos por diversos razonamientos.

10. Valiéndonos de una técnica personal de electroforesis sobre papel, fraccionamos las proteínas del suero enriquecido por barbituratos en albúmina, betta y gammaglobulina, y utilizando la cromatografía sobre papel, según técnica detallada, estudiamos la fijación de los distintos barbitúricos por cada una de estas fracciones, tanto en su aspecto cuantitativo como en lo que se refiere a la estabilidad de esta unión.

11. Comprobamos que es la albúmina la fracción que con más avidez y estabilidad fija los diversos barbitúricos, siguiéndola la gammaglobulina y siendo mínima la cantidad de transporte de la betaglobulina.

12. Los tiobarbitúricos son transportados, principalmente, por la albúmina y la gammaglobulina en uniones de estabilidad análoga, mientras que los oxibarbitúricos son transportados menos específicamente por las tres fracciones proteicas, aunque su unión sea mucho más estable con la albúmina que con las otras dos.

13. Señalamos como insuficiente la asignación a las proteínas séricas de una fracción de transporte, ya que por lo menos existiría una triple función: de «transporte» propiamente dicho», de «protección» y de «reparto específico» de las drogas previamente fijadas por las proteínas séricas.

14. Introducimos en Farmacología el concepto de *tiempo de transporte*, entendiendo por tal el transcurrido entre la administración de un fármaco por vía parenteral, hasta su llegada al lugar de acción.

15. Hemos determinado los «tiempos de transporte» safena-bulbo y céfalorraquídeo-bulbo para seis barbitúricos, utilizando como indicadores de su llegada al sistema nervioso central el hallazgo del mismo por cromatografía sobre papel en el líquido céfalorraquídeo, o bien la acción depresora que estos fármacos ejercen sobre la presión arterial y la respiración.

16. Los «tiempos de transporte» safena-bulbo oscilan entre los diecinueve y los veintisiete segundos, siendo en general menores para los barbitúricos de acción lenta (hipnóticos) que para los de acción rápida (anestésicos) coincidiendo con su capacidad de fijación por las proteínas séricas.

17. El «tiempo de transporte» liquor-bulbo es significativamente mayor que el de safena-bulbo, oscilando entre veintiséis y treinta y ocho segundos, explicándose este hecho por ser esta vía no fisiológica de acceso a los centros nerviosos.

18. La administración repetida de un barbitúrico, hasta el umbral de su acción depresora, no refuerza esta acción ni modifica los tiempos de transporte.

19. Hemos comprobado en el perro que ciertas sustancias a las que se atribuye una acción permeabilizadora de la B. H. E., como la adrenalina, cafeína, prostigmina, hexametilentetramina, succinato y malonato sódicos, no la poseen en lo que se refiere a los barbitúricos.

20. La administración intrarraquídea de hialuronidasa no sólo disminuye el tiempo de transporte safena-bulbo de los diversos barbitúricos, sino que refuerza notablemente su acción depresora.

21. Los inhibidores de la carbónico-anhidrasa, como la acetazolamida, retardan ligeramente la penetración de los barbitúricos en el sistema nervioso central, sin modificar su acción depresora.

22. De nuestros resultados experimentales y de la revisión de los datos bibliográficos, proponemos una hipótesis sobre la formación y fijación fisiológica del líquido céfalorraquídeo, señalando a los plexos coroideos una función secretora reguladora de las presiones osmótica y dinámica del liquor y atribuyendo al mismo, dentro del sistema nervioso central, una función análoga a la que el humor acuoso desempeña en el ojo y la linfa en los demás órganos de la economía.

RESUMEN

Se divide esta tesis en tres partes. En la primera se estudian las técnicas de cromatografía sobre papel aplicables a la investigación de los barbitúricos en los medios biológicos, para su separación e identificación. En la segunda se analiza el transporte de los barbitúricos por las proteínas séricas. Finalmente, en la tercera, se ponen al día los conocimientos sobre "barreras hematoencefálicas", señalando sus características; se estudia experimentalmente el "tiempo de transporte", es decir, el tiempo transcurrido desde la administración de un barbitúrico por vía endovenosa o endoneural hasta su llegada a los centros bulbares, estableciendo los valores cuantitativos; se investiga la posibilidad de facilitar o retardar la penetración de los barbitúricos, utilizando diversas sustancias; y se propone una interpretación de la significación funcional del líquido céfalorraquídeo, estableciendo su analogía con la linfa y el humor acuoso ocular.

BIBLIOGRAFÍA

ABOOD, L. G.; GERARD, R. W., y TSCHCIRGRY, R. D.—En «Phosphorus Metabolism», pág. 798, vol. 2. John Hopkins Hosp. Press. Baltimore. EE. UU., 1952.
BAKAY, L.—*Arch. Neurol. Pschiatry.*, 66, 419. 1951.
BAKAY, L.—«The Blood-Brain Barrier», Ch. Thomas, Springfield, EE. UU., 1956.
BECKER, B.—*Amer. J. Ophtal.*, 37, 13. 1954.
BIELDL, A., y KRAUSS, R.—*Zentralblatt Inm. Med.*, 19, 1.185. 1898.
BREINNING, G. M., y GORTZ, H.—*Arch. Ophtal., N. Y.*, 51, 735. 1954.
BRODIE, B. B., y HOGLEM, C. S.—*J. Pharm. Pharmacol.*. 9, 345. 1957.
BROMAN, T.—«The permeability of the cerebral wessels in normal and patological conditions». Munsgardm. Copenhague. 1949.
CLOVES, R.; KELTOCH, J., y KRAHG, L.—*J. Pharmacology*, 68, 312. 1940.
COLLANDER, H., y BARLUND, L.—*Acta Fe. Boy.*, 11, 1. 1933.
CHAMBERS. R., y ZWEIFACH. B. W.—*Phisiol. Rev.*, 27, 436. 1957.
DAWSON, H.—«Phisiology of the ocular and cerebrospinal fluids». Ed. J. y A. Churchill, Londres. 1956.
DURÁN REYNALS, F.—*Yale J. Biol. Med.*, 11, 602. 1938-39.
EHRLICH, P.—En «Das Sauerstoffbedurffniss dew Organismus», pág. 69. Berlín, 1885.
FERRANINI, A., y SCIANNAMBO, N. M.—*Soc. Ital. Biol. Sper.*, pág. 29, 760. 1953.
FRANCESCHETI, A., y WIELAND, H.—*Klin. Wochs.*, 7, 87. 1928.

FRIEDEMAN, U., y ELKELES, A.—*Klin. Wichs.*, 58, 923. 1932.
FRIEDENWALD, J. S.—*Amer. J. Ophtal.*, 32, 9. 1949.
FRÖELICH, A., y ZACK, E.—*Arch. Exp. Path. Pharmak.*, 121, 108. 1927.
GOLDMAN, E. E.—«Vitalfarbung an Zentralnervesystem». Eimer. (Berlín, 1913.) 1908.
GREIG, M. E., y HOLLAND, W. C.—*Science*, 100, 237. 1949.
GREIG, M. E., y CARTER, M. K.—*Arch. Biochem. Biophis.*, 52, 175. 1954.
HASSIM, G. B.—*J. Neuropatol. Exp. Neurol.*, 7, 172. 1948.
HAUPTMANN, A.—*Deutsche Ztsch. Nervenh.*, 89, 53. 1926.
KRAUNTWALD, A., y KOLMAR, D.—*Ztsch. Inn. Med.*, 24, 1.126. 1953.
LE FEVRE DE APRIC, M., y MILLET, M.—*C. R. S. B., París*, 94, 782. 1926.
MCILWAIN, H.—«Chemoterapy and central nervous system». Ed. Churchill, Londres. 1957.
MUTTERMILCH, S.—*C. R. S. B. París*, 97, 782. 1926.
PAPPENHEIMER, J. R.—*Phisyol. Rew.*, 33, 387. 1953.
PATECK, P. H.—*Anat. Rec.*, 88, 1. 1944.
RODRÍGUEZ, L. A.—*J. Comp. Neurol.*, 102, 27. 1955.
ROUX, E., y SORRELL, A.—*Ann. Inst. Pasteur*, 12, 225. 1898.
RUCKES, J., y DIEMER, K.—*Klin. Wochs.*, 919. 1956.
SACKS, J., y CULBRETHS, G. G.—*Ann. J. Phisyol.*, 165, 251. 1951.
SCHIGT, H.—*Arch. Psichiatry.*, 95, 303. 1931.
SPATZ, H.—*Arch. Psichiatry.*, 101, 267. 1953.
STERN, S., y GAURIER, R.—*Arch. Int. de Phisyol.*, 17, 391. 1922.
STERN, L.; SLATOWIEROW, A., y KRENLEW, L.—*C. R. S. B. París*, 97, 454.
STERN, L.; KASSIL, G., y LOCKSHINA, E.—*C. R. S. B. París*, 97, 648. 1927.
STERN, L., y ZEITING, S.—*C. R. S. B. París*, 97, 642. 1927.
STERN, L.; KASCI, L. G., y colab.—*C. R. S. B. París*, 99, 360. 1928.
TSCIRGRY, R. D.—En «The biologyc of mental disease», pág. 34. Ed. Höeber, N. Y. 1952.
TSCIRGRY, R. D.—En «Biology of mental healt and disease». Ed. Höeber, N. Y. 1952 b.
TSCIRGRY, R. D.; PROST, R. W., y TAYLOR, L. J.—*Proc. Soc. Med. Biol. N. Y.*, 87, 373. 1954.
WAELSCH, H.—*Proc. Inter. Neurol. Chem. Symp.*, 1, 187. 1955.
WALTER, F. K.—*Arch. Psichiat.*, 101, 195. 1933.
WEATHERBY, J. H.—*L. Lab. Clin. Med.*, 28, 1.817. 1943.
WISLOCKY, G. B., y DEMPSEY, E. W.—*J. Comp. Neurol.*, 88, 319. 1948.

Dirección: Madre Vedruna, 10, entlo. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 404 - TOMO LXVIII
NOVIEMBRE 1959

EL APETITO COMO FACTOR VITAL

POR EL

DR. MARIANO MOYA FERNÁNDEZ

MÉDICO POR OPOSICIÓN DE LA CASA DE SOCORRO Y DEL HOSPITAL PROVINCIAL.
JEFE DEL SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL HOSPITAL PROVINCIAL
Y JEFE DEL SERVICIO DEL HOSPITAL DE CRÓNICOS.
ESPECIALISTA DE APARATO DIGESTIVO DEL S. O. E.

CÓRDOBA

Los alimentos contienen principios minerales que varían en cantidades distintas, por lo que las células y tejidos toman de los elementos nutritivos los principios minerales que necesitan.

El organismo regula el aporte mineral, interviniendo en ello el riñón, intestinos, piel, reteniendo o excretando sales para modificar de cierta manera la composición mineral orgánica.

En los líquidos orgánicos se observan cationes básicos como el Na, K, Ca, Mg, y como aniones, ciertos ácidos orgánicos (láctico, etc.), en pequeñas cantidades, al mismo tiempo que el PO_4, PO_4H, CO_3H, siendo la concentración de miliequivalentes de aniones y cationes casi igual, predominando ligeramente los primeros, quizá por el desigual grado de difusión.

Los investigadores americanos OSBORNE y MENDEL reconocieron la importancia de la ingesta mineral para conservación y desarrollo del individuo.

LAHMANN, en Alemania, reconoció por primera vez que la leche contiene todos los elementos minerales que el hombre necesita.

RAGNAR y BERG, colaboradores de LAHMANN, estudiaron la composición mineral de los productos alimenticios, distinguiendo una alimentación ácida y otra alcalina.

La cocción prolongada y el desecho de agua eliminan casi todos los elementos minerales, por lo que su ingestión es nula en productos minerales.

DEHNICHE calculó el promedio de ingesta mineral diaria en la ración hospitalaria, encontrando 8'5 de sodio, 8'5 de K, 1'5 de Ca y 1'75 de Mg.

Aunque los minerales son eliminados por vía renal, intestinal y cutánea, el riñón es el órgano eliminador primordial.

La presencia simultánea del magnesio en los alimentos influye en el metabolismo del calcio, tanto, que si se administran sales de magnesio, es retenido este metal al mismo tiempo que se elimina el calcio. De los estudios hechos en el ayunador

Trabajo galardonado con el premio del Concurso Científico de los Laboratorios OM. Barcelona.

Cetti se deduce que el organismo sometido al ayuno economiza más magnesio que calcio.

Los componentes de las cenizas del organismo son: Na, K, Ca, Fe, Ph, cloro, iodo, flúor y silicio, con pequeñas cantidades de litio, boro, manganeso, bromo, cobre y cinc.

En el organismo humano también el molibdeno se le encuentra en muy pequeña cantidad, y a pesar de ello hay que considerarlo, según BERTRAND, de gran alcance en importantes funciones bioquímicas aunque poco conocidas. Los molibdatos son sales del ácido molíbdico normal y, en parte, de ácidos molíbdicos complejos, no conocidos en estado libre, llamados ácidos molíbdicos, que pueden considerarse formados de dos o más moléculas de ácido molíbdico por pérdida de agua.

Terapéuticamente, el molibdeno tiene efectos beneficiosos sobre el organismo, como estimulante de las funciones vitales y de los recambios metabólicos; de aquí que FLANDIN y colaboradores lo emplearan en los enfermos tuberculosos.

En los animales inferiores hay aluminio y vanadio lo que demuestra la enorme complejidad del metabolismo mineral.

El magnesio, cuya proporción en la sangre es de 0'003 por ciento, y en los huesos, de 0'5 por ciento, es de gran trascendencia, ocupando un sitio especial entre los electrolitos.

Según las investigaciones de LOEW, la proporción calcio-magnesio actúa como paralizante, acción que se aprovecha con fines terapéuticos. Por el contrario, una disminución prolongada de este metal por ingesta, produce tetania.

Los eritrocitos contienen casi todo el hierro de la sangre, mucho más potasio y algo de magnesio, teniendo presente como factor importante que el potasio y el magnesio del plasma desempeñan un papel fisiológico considerable.

El sodio y el calcio, con dichos elementos mantienen el equilibrio iónico fundamental para la vida y la función celular del organismo.

Es, pues, de notar que el molibdato de magnesio actúa como estimulante nutritivo en el terreno de la biocatalización. Aparte de su influencia sobre la nutrición, tiene la ventaja de que no expone a ningún riesgo al organismo. NEARY y CHEVALIER señalan la importancia del molibdeno en las anemias hipocromas y en la hemoglobina, como en la eritrocitosis. Igualmente influye en el apetito y astenia, y aumentando la eosinofilia de la convalecencia.

El conjunto de agua y sales constitutivas inorgánicas o minerales del organismo desempeñan funciones específicas en las células orgánicas. Estas sustancias inorgánicas son esenciales en la composición celular, conservando cada una su hidrismo y mineralización característica y poco variable. Algunos de estos elementos son abundantes e intervienen para mantener la presión osmótica y el equilibrio ácido-básico, como sucede con el Cl Na. Sin embargo, aunque hay elementos presentes en pequeña cantidad, no por eso dejan de desempeñar inmportantes funciones reguladoras.

Entre las funciones que los elementos minerales tienen, podemos considerar como primordiales: formar parte de sistemas enzimáticos y de sustancias respiratorias; regular la pared de los capilares y la permeabilidad de la membrana celular; formar el esqueleto, en especial del Ca y P, dando la consistencia y persistencia después de la muerte. Mediante un balance iónico adecuado entre Na y K, Ca, Mg, se regula la excitabilidad nerviosa y muscular, contribuyendo a mantener la presión osmótica y el equilibrio ácido-básico, y, por último, interviene en el metabolismo del agua y volumen de la sangre.

El papel fundamental del magnesio como elemento es incuestionable; tan es así, que una dieta desprovista de magnesio produce en las ratas síntomas convulsivos, y tetánicos en las vacas recién paridas. Es un elemento esencial, que forma parte de sistemas enzimáticos fundamentales, como fosforilasa, carboxilasa, coenzimas. Existe una predisposición para el cáncer, según DELBET, con la carencia de dicho metal.

En los vegetales y en la molécula clorofílica el papel es parecido al del hierro en la molécula hemoglobínica. Al existir escasez de magnesio en las plantas verdes, se detiene el crecimiento y se deja de formar clorofila.

El hombre necesita, aproximadamente, 0'22 gramos. En el plasma sanguíneo existen, como término medio, 2'5 miligramos, y en los hematíes hay de 5'4 a 7'8 miligramos.

El magnesio se absorbe en el intestino; pero si es insolubilizado por los filatos, disminuye su absorción. Sin embargo, su excreción es principalmente fecal en una proporción del 50 al 80 por ciento del total.

Hay que tener en cuenta que si la concentración del plasma sanguíneo llega a 5 miligramos por ciento, se produce una hipnosis, y si aquélla llega a los 15 ó 20 miligramos, entonces se produce el coma, contrarrestado en parte por las inyecciones intravenosas de calcio.

Es sabido que en el organismo existen recursos naturales que sirven para luchar contra las bacterias y virus, no sólo por la acción destructiva de los gérmenes, por las células macrófagas y actividad lítica de los tejidos, sino también por las sustancias bactericidas que se encuentran en la sangre, tales como la lisozima de FLOREY y FLEMING, la espermina, y el complemento del suero (trabajos de NUTTALL y BUCHNER).

Ultimamente se ha descubierto, por PILLEMER y colaboradores, una sustancia bactericida y variada en la sangre humana, «properdina», globulina termolábil existente en el suero sanguíneo y formando el 0'3 por ciento de sus proteínas totales. Al contrario de la lisozima, no existe en el líquido céfalorraquídeo ni en la leche, así como tampoco en los exudados de las serosas. Su papel destructor de gérmenes al unirse a ellos necesita una fracción de complemento (C 3) y el *ión magnesio*, formando así un sistema con propiedades bactericidas y viricidas y también antihemoaglutinantes.

La infección por el virus de la enfermedad de Newcastle es inhibida eficazmente por la properdina; pero para ello es necesaria, con los otros elementos, la presencia del *ión magnesio* (WEDGWOD y colaboradores). Si se prescinde de este metal del sistema enzimático, la properdina no tiene acción viricida.

La vitamina B_{12} ha adquirido una gran importancia. RICKES, en abril de 1948, y L. SMITH, al mismo tiempo en Inglaterra, aislaron de los extractos de hígado una sustancia cristalina y de color rosado que calificaron de vitamina B_{12}. Hoy se extrae de cultivos concentrados de *Streptomyces griseus*, hongo del que también se extrae la estreptomicina. En la actualidad se consideran como las dos acciones capitales de dicha vitamina, la actividad antianémica y la activación del crecimiento, así como también ser el factor hepático de la maduración de los hematíes.

Los ensayos llevados a efecto por WETZEL, SALMIN y CHOW para estimular el crecimiento, aunque no muy concordantes en clínica humana, sí hay la posibilidad general de estimar un incremento ponderal y longitudinal mediante la administración de B_{12} en la detención del crecimiento del niño, en dosificación de 100 a 500 gammas semanales.

Poseen acción intensa en la reticulocitosis, aumentando los hematíes, hemoglobina y plaquetas. La aquilia perturba la acción de la vitamina B_{12}.

En diversos trastornos patológicos y en estudios hechos con curvas de aminoacidemia en sujetos con perfecta salud, la vitamina B_{12} utiliza mejor los aminoácidos, con una más perfecta reabsorción intestinal si se ha administrado bucalmente un hidrolizado de caseína y lactalbúmina. Si no existe una alteración de la función hepática, estos niveles de aminoacidemia pueden interpretarse como un estímulo de los procesos de síntesis proteica a partir de los aminoácidos (C. WILD, C. REYMOND y A. VANNOTI).

En la especie humana, la fuente de ingreso más importante de la vitamina B_{12} es la carne. Otra fuente de ingreso es la sintetizada en el propio intestino. Sin embargo, se necesita un factor intrínseco elaborado en la pared gástrica que, junto con el factor extrínseco, formará el compuesto vitaminaproteína para su distribución orgánica.

Su función sobre el organismo tiene efectos hemáticos, neurotróficos y metabólicos. En los niños con crecimiento deficiente puede tener un resultado halagüeño en las alteraciones nutritivas no corregibles por otros medios. Asimismo se evidencia un aumento en el apetito y cierta influencia en la psiquis infantil. KOFMANN confirmó los resultados beneficiosos en un grupo de niños que aquejaban anorexia y menor peso que el normal, sacando la conclusión de que es un medicamento primordial en la inapetencia, decaimiento general y curva ponderal.

GOETSCH, en 1947, extrajo de los hongos y de los fermentos de que está compuesta la comida de los *termes*, del cuerpo de ésta, una sustancia que llamó torolutina y que posteriormente se le ha llamado vitamina T, vitamina metabólica y de amplias indicaciones, y que actúa favoreciendo el desarrollo del crecimiento, fundamentalmente en los prematuros y en las alteraciones metabólicas, movilizando las reservas y con actividad de la asimilación celular, provocando una elevación del consumo de oxígeno.

El crecimiento celular se hace más deprisa, con mejoría del estado general y disminución de la mortalidad en los animales tratados (ranas, polluelos, insectos). Aumenta el número de crías y el peso del cuerpo.

El desarrollo total de los individuos queda influenciado, modificando las proporciones normales de los mismos.

La vitamina T no es un cuerpo simple, sino un complejo en relación con el grupo vitamínico B, que se relaciona con el grupo del ácido fólico (ABDERHALDEN y MOURIQUAND).

La vitamina T es un factor que interviene, en condiciones óptimas, en la regulación de los lípidos y en la síntesis de las proteínas del organismo, así como el factor más potente para la asimilación de las demás vitaminas.

El factor T, al ir acompañado de otros elementos como son: la vitamina B_{12}, ácido fólico, ácido paraminobenzoico, glutámico, nicotínico, etc., acrecientan el valor terapéutico de este mismo factor T.

Según GOETSCH, si se ponen a disposición del organismo sustancias necesarias para la mitosis, conjuntamente con el factor T, es lógico que se active el crecimiento.

La vitamina T, aparte de la acción estimulante, asimilativa y aceleración del desarrollo, es capaz de desenvolver las disposiciones hereditarias y energía suficiente para la capacidad defensiva celular, con lo que se obtiene una mayor resistencia defensiva contra los agentes infecciosos, por lo que se estima como un elemento eficaz de defensa contra éstos.

Hemos visto cuánta importancia tiene para el organismo el aporte mineral necesario para el metabolismo celular, y la influencia que tienen ciertos metales en el desarrollo orgánico y en las funciones bioquímicas, aunque éstas sean poco conocidas.

Así, el molibdeno, como ya hemos expuesto, actúa en los recambios metabólicos y como estimulante vital.

El magnesio, influyendo sobre el metabolismo del calcio, tiene una gran importancia. Su presencia en los eritrocitos, en el plasma, es de considerable importancia, siendo un elemento esencial en la formación de los sistemas enzimáticos.

La asociación molibdeno y magnesio, es decir, el molibdato de magnesio, estimulante nutritivo, actúa también en las anemias hipocromas, en la eritrocitosis, en la astenia, en el apetito, y contra las infecciones, en su papel de bactericida.

Por lo que respecta a la vitamina B_{12}, ya expusimos más atrás, dentro de sus variadas facetas, la actividad antianémica, de crecimiento y el papel en la maduración de los hematíes, como también en la inapetencia, decaimiento general, etc.; medicamente éste de gran importancia.

En la vitamina T ya vimos la actividad celular que tiene, con aumento del consumo de oxígeno, con movilización de reservas y desarrollo orgánico, con capacidad defensiva para los agentes infecciosos.

Pues bien, estos tres elementos: las vitaminas B_{12} y T y el molibdato de magnesio, con sus peculiares propiedades intrínsecas cada uno, actúan sinérgicamente potenciándose mutuamente, acrecentando el desarrollo y las funciones vitales celular y orgánica en general, luchan contra las infecciones, tienen acción estimulante del apetito y, por consiguiente, evidencian una elevación de peso en los atrépsicos, desnutridos y convalecientes.

Reuniendo en el T-OM los tres elementos fundamentales, como antianoréxicos, estimulantes del desarrollo y del metabolismo hemático, cuya composición actúa benéficamente, *tanto en la infancia como en los adultos y en la vejez*, lo hemos ensayado en cierto número de enfermos, en edades y enfermedades distintas y en la *convalecencia* de ellas, como fin de estas últimas, de acelerar el proceso reparador orgánico y hacer más eficaz el tiempo de convalecencia.

La composición del T-OM, en excipiente aromatizado para 100 c. c., es de 13.500 U. de vitamina T, de 100 gammas de vitamina B cristalizada y de 0'60 gramos de molibdato de magnesio cristalizado, además de 10 gramos de alcohol etílico. Por lo tanto, una cucharadita de 5 c. c. contiene 675 U. de vitamina T, 5 gammas de vitamina B y 0'03 gramos de molibdato de magnesio.

En nuestros enfermos, la pauta de administración del T-OM ha sido la siguiente: hasta los seis meses de edad, media cucharadita, dos veces al día; de seis meses al año, media cucharadita, tres veces al día; de uno a cinco años, dos cucharaditas al día; de cinco a diez años, tres cucharaditas al día; desde los diez años en adelante, cucharadita y media, tres veces al día.

Con estas dosis, algo mayores que las indicadas por la casa preparadora, no hemos tenido ninguna intolerancia que nos haya obligado a suspender el tratamiento. La duración del tratamiento a que han estado sometidos los enfermos no ha pasado, aproximadamente, de quince días, ya que dependió de la dosis administrada, y el número de frascos ha sido de dos, administrados ininterrumpidamente.

Al dar el T-OM a los pacientes, hemos procurado que estuvieran apiréticos y en período declinatorio de su enfermedad o en franca convalecencia, así como interrumpimos el tratamiento si a alguno de ellos le reapareció la curva febril o pre-

sentó alguna complicación o recidiva. Todo esto, con el fin de no involucrar los resultados finales de la experimentación.

La edad de nuestros enfermos ha oscilado de siete meses a sesenta y cinco años, y las enfermedades que aquejaban, muy distintas, como se puede observar por el cuadro que a continuación se expone, cuyos pacientes pertenecen a nuestro Servicio hospitalario de enfermedades infecciosas del Hospital Provincial de Córdoba:

N.º 1. Artritis rodilla y cadera, con ulceraciones fímicas. 34 años.
» 2. Estenosis mitral reumática. 24 años.
» 3. Coxalgia. 40 años.
» 4. Hipotrofia y otitis media. 26 meses.
» 5. Adenopatías. 19 años.
» 6. Delgadez y astenia. 32 años.
» 7. Anorexia y oxiurosis. 8 años.
» 8. Tifoidea. 8 años.
» 9. Meningitis fímica. 7 meses.
» 10. Meningitis fímica. 6 meses.
» 11. Tifoidea con hepatitis. 5 años.
» 12. Sarampión. 7 años.
» 13. Parkinson. 43 años.
» 14. Epilepsia. 47 años.
» 15. Tifoidea. 12 años.
» 16. Leucemia linfoide crónica. 55 años.
» 17. Sarampión. 9 años.
» 18. Anemia. 36 años.
» 19. Tenia Solium. 55 años.
» 20. Adenopatía. 3 años.
» 21. Sarampión e infiltrado. 3 años.
» 22. Tifoidea. 13 años.
» 23. Tifoidea. 6 años.
» 24. Tifoidea. 7 años.
» 25. Tifoidea. 18 años.
» 26. Meningitis fímica. 9 años.
N.º 27. Peritonitis fímica. 34 años.
» 28. Tifoidea. 4 años.
» 29. Neumonía. 37 años.
» 30. Tifoidea. 5 años.
» 31. Gripe. 38 años.
» 32. Meningoencefalitis. 35 años.
» 33. Gripe. 9 años.
» 34. Tifoidea. 7 años.
» 35. Neumonía gripal. 23 años.
» 36. Tifoidea. 60 años.
» 37. Meningoencefalitis. 4 años.
» 38. Tifoidea. 5 años.
» 39. Gripe. 65 años.
» 40. Salmonellosis. 14 años.
» 41. Tifoidea. 30 años.
» 42. Gripe. 13 años.
» 43. Meningitis. 18 años.
» 44. Neumonía. 45 años.
» 45. Gripe. 13 años.
» 46. Tifoidea. 5 años.
» 47. Tifoidea. 5 años.
» 48. Tifoidea. 9 años.
» 49. Tifoidea. 21 años.
» 50. Neumonía gripal. 30 años.
» 51. Peritonitis fímica. 40 años.
» 52. Epilepsia. 42 años.

El presente cuadro evidencia que el porcentaje mayor lo ha dado la fiebre tifoidea, en número de diecisiete casos, seguida en menor escala por la meningitis fímica, neumonía, sarampión, gripe, peritonitis fímica, etc.

A todos los enfermos se les pesó y se les hizo recuento y hemograma antes y después de tomar el T-OM, observándose que en todos ellos el *síntoma anoréxico desaparecía* y *reaparecía la euforia.*

Lo ganado en peso ha oscilado entre 200 y 3.000 gramos, exponiendo a continuación el siguiente cuadro, con el peso ganado por los diferentes enfermos:

Peso en gramos	Enfermos	Peso en gramos	Enfermos
200	N.º 9, 18	1.300	N.º 12, 25
300	N.º 21, 38	1.400	N.º 31
400	N.º 16, 15, 23	1.600	N.º 33
500	N.º 6, 11	1.700	N.º 28, 42
600	N.º 32, 35, 47, 51	1.800	N.º 48
700	N.º 34, 41, 22, 24,	2.000	N.º 7
1.000	N.º 2, 13, 50, 44,	2.400	N.º 36, 39
1.100	N.º 3, 17, 26, 30, 49	2.500	N.º 45
1.200	N.º 37	2.900	N.º 40, 46
		3.000	N.º 5

Lo ganado en peso oscila entre 200 y 3.000 gramos, de cuyos pesos el porcentaje mayor se encuentra entre los 700 y los 1.800 gramos, siguiéndole en orden entre los 200 y los 600 gramos, para terminar entre los 2.000 y 3.000 gramos. En los demás enfermos tratados con T-OM, han mantenido su peso igual o han experimentado una pequeña disminución, lo que, no obstante, revela una elevación de peso en la mayoría de ellos que podemos porcentuar en un 78'84 por ciento.

A continuación exponemos el cuadro de hematíes, con aumentos comprendidos entre los 5.000 y 1.250.000 glóbulos rojos, distribuídos de la siguiente forma:

N.º de hematíes	Enfermos	N.º de hematíes	Enfermos
50.000	N.º 41, 48, 48	500.000	N.º 4, 15, 27, 32
200.000	N.º 11, 25, 45	550.000	N.º 13, 29
300.000	N.º 1, 12, 38, 40	650.000	N.º 18
325.000	N.º 3	750.000	N.º 6, 20, 34, 51
350.000	N.º 9	800.000	N.º 24
375.000	N.º 17	850.000	N.º 52
400.000	N.º 19	950.000	N.º 36
450.000	N.º 23, 47	1.100.000	N.º 5
		1.250.000	N.º 35

Aquí el porcentaje más elevado de aumento de hematíes ha sido de 50.000 a 500.000, que comprende veinte enfermos, siguiendo en número de diez entre 550.000 y 950.000, para terminar entre 1.100.000 y 1.250.000, con dos enfermos.

El porcentaje global de hematíes entre nuestros casos ha sido de un 61'53 por ciento. Fisiológicamente, el aumento de leucocitos se da en la reciente ingestión de alimentos, ejercicios musculares, últimos meses de embarazo, etc. Lo que traería aparte de esto, junto con la neutrofilia, una acción antibacteriana de defensa contra las bacterias y sustancias de procedencia vegetal, así como los eosinófilos tendrían cierta protección contra los materiales extraños de procedenta animal. También los leucocitos tienen el poder de neutralizar y absorber gran número de venenos.

El pase a la circulación de mayor cantidad de células leucocitarias dependería también de influencias quimiotácticas positivas, despertadas por sustancias químicas endógenas o exógenas. Existe también una eosinofilia de convalecencia.

En nuestros enfermos se ha observado un apreciable aumento de leucocitos, neutrófilos y eosinófilos; por lo tanto, al papel que sobre el peso y antianoréxico tiene el T-OM se puede sumar este otro defensivo contra las bacterias, al provocar dicha medicación un respetable aumento leucocitario-neutrófilo.

Así, en nuestros cincuenta y dos enfermos tratados con T-OM, el aumento leucocitario osciló entre un mínimo de 30 y un máximo de 7.200 leucocitos en treinta y cuatro de dichos enfermos, lo que supone una media por enfermo de 2.547 leucocitos de aumento.

Lo mismo podemos decir con los neutrófilos. El aumento sólo fue en veintiséis pacientes, con un mínimo de 5 y un máximo de 29, lo que da una media por enfermo de 14'73 neutrófilos de aumento.

Por lo que respecta a la eosinofilia, la oscilación ha sido entre 1 y 12 eosinófilos, entre diecisiete enfermos, lo que da una media de 3'29 de aumento por persona.

Y para finalizar, haremos algunas observaciones referentes a un número reducido de enfermos. En el número 1, diagnosticado de artritis de rodilla, aumentaron

los hematíes en 300.000, no obstante haber tenido durante la toma de T-OM un flemón dentario, que le obligó a alimentarse solamente con leche durante unos días.

El número 7, aquejado de anorexia y oxiurosis, obtuvo un aumento de dos kilos de peso.

El número 19, portador de una *Tenia Solium*, y sin tratamiento específico, tuvo un aumento de 400.000 hematíes, 1.000 leucocitos y 9 neutrófilos.

Conclusiones

1.ª El T-OM ha sido tolerado perfectamente por todos los enfermos, sin que se haya interrumpido su administración en ningún enfermo.

2.ª En todos los casos han aumentado el apetito y la euforia del paciente.

3.ª El aumento de peso después de haber administrado el T-OM ha oscilado entre 200 y 3.000 gramos, con un porcentaje, en la totalidad de los casos tratados, de un 78'84 por ciento.

4.ª El aumento en el porcentaje global de hematíes ha sido de un 61'53 por ciento, así como también un aumento sensible por lo que respecta a leucocitos, neutrófilos y eosinófilos.

RESUMEN

Tras una parte general en que se pasa revista a los principios minerales y sus funciones en la alimentación y sostenimiento de los seres vivos, pasa al estudio particular de tres elementos: vitaminas B_{12} y T, y molibdato de magnesio, que intervienen como componentes esenciales del preparado T-OM, que actúa como antianoréxico y como estimulante del desarrollo y metabolsimo hemático, acrecentando el desarrollo y las funciones vitales celular y orgánica general, permitiendo una lucha contra la infección y acelerando los procesos reparadores orgánicos en las convalecencias. En su última parte describe los favorables efectos conseguidos en una numerosa casuística personal con el empleo de este preparado.

BIBLIOGRAFÍA

Thannhauser.—«Tratamiento de Metabolismo y Enfermedades de la Nutrición». 1932.
Jiménez Díaz.—«Enfermedades de la Nutrición». 1941.
E. Grafe.—«Enfermedades de la Nutrición y su Tratamiento». 1935.
B. A. Houssay.—«Fisiología Humana». 1951.
Pedro Pons.—«Tratado de Patología y Clínica Médica».
Wild, C.; Reymond, C., y Vannoti, A.—«La vitamina B y el metabolismo proteico», *Schwizeriche Med. Wochens.*, 1955.
Síntesis Médica, años 1947, 1948, 1951, 1952 y 1955.
Nushbanmer.—*Klin. Wosch.*, 1951.
Glanzmann Hev.—*Paed. Acta*, 5, 451. 1950.
Neary, Chevalier, Flandin, citados por docum. inic. del T-OM.
Oliver Pascual.—*Rev. Esp. Enf. Ap. Digest. y Nut.*, 15, 741. 1956.
Pedro Pons.—«Tratado sobre la vitamina T».
Kofmann.—«Acción estimulante general de la vitamina B en Pediatría». *Semana Médica*, 103. 261. 1953.
Medicamenta, año XV, núm. 302, marzo 1957.

Dirección: Gondomar, n.º 5. Córdoba.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 404 - TOMO LXVIII
NOVIEMBRE 1959

LIBROS

AUTORES NACIONALES

ACTAS DE LAS «III JORNADAS MÉDICAS ARAGONESAS» *(Zaragoza, 24-27 mayo 1958). Un vol. (17 por 24 cm.) de 405 páginas, con figuras; rústica. Editado por la Institución "Fernando el Católico", de la Excma. Diputación Provincial de Zaragoza. 1959.*

La penosa e ingrata labor de recopilar todas las tareas y ordenar y presentar adecuadamente las conferencias y comunicaciones aportadas en gran número, a cada una de las secciones de estas *III Jornadas Médicas Aragonesas*, ha sido llevada a cabo con todo interés, y sin regatear esfuerzos, en este volumen de lectura apretada y enjundiosa, del que tanto los organizadores como el activo secretario general, doctor Malumbres, pueden estar en justicia orgullosos.

Los trabajos aparecen agrupados en las siguientes secciones: Medicina, Cirugía, Especialidades, Medicina Social e Higiene, Historia de la Medicina y Deontología Médica.

En todas ellas la aportación de los médicos aragoneses en cada una de las secciones fue muy notable y demostrativa de la buena formación científica que acreditan.

Como complemento del resumen figura la reseña de los actos sociales, sesión de clausura y balance general de cuentas.

En resumen, un volumen que recuerda con fidelidad la labor científica de aquellos días de trabajo y de grata convivencia para los médicos de las tres provincias aragonesas, reunidos nuevamente en la Facultad en que se formaron, para discutir problemas siempre actuales en su ejercicio.—Ricardo Horno Liria.

GEOGRAFÍA MÉDICA DEL TÉRMINO MUNICIPAL DE FASNIA (TENERIFE), *por* E. García-Ramos *y* A. Miguélez. *Un volumen (21'5 por 15'5 cm.) de 50 páginas, con 9 fotografías, 18 cuadros y un gráfico. Editado por el Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife.*

Esta monografía, premio de la Real Academia de Medicina de Tenerife, con un gráfico del término municipal de Fasnia, es un estudio interesante, útil y curioso, que nos muestra lo que fue y lo que es actualmente esta localidad.

Trata en distintos capítudos la historia, climatología y demografía, higiene y salubridad, y la psicología y Medicina popular.—J. Rivera.

AUTORES EXTRANJEROS

DELIRIO SENSITIVO-PARANOIDE (Aportación al problema de la paranoia y la caracterología psiquiátrica), *por* E. Kretschmer. *Traducción española de la tercera edición alemana, por* J. Solé Sacarra. *Un tomo encuadernado, de 261 páginas, en cuarto. Editorial Labor, 1959.*

Como indica el traductor en su prólogo, con la aportación de este libro, en castellano, ha quedado completa la serie de obras del profesor Kretschmer en su versión española. La que hoy nos ofrece la Editorial Labor no es, ni mucho menos, la de menor interés. Antes bien, nosotros la consideramos. como una de las más importantes, con serlo todas mucho.

Se trata, en efecto, de un trabajo cimentado sobre una sólida base clínica, con cuyo material llegó su autor a crear una nueva entidad nosológica, aceptada por todo el mundo (el «delirio sensitivo de auto-referen-

cia»), alrededor de la cual, en sucesivas ediciones, se ha ido construyendo una teoría —cada vez más clara y más comprensible— del gran problema psiquiátrico de la paranoia. Este término, «paranoia», que comenzó hace siglo y medio con un significado vago y confuso, ha ido perfilándose y estrechándose a través de los tiempos, para quedar reducido en la actualidad a designar un desarrollo de la personalidad, constitucionalmente predispuesta, que conduce a un delirio que, teóricamente al menos, es susceptible de curación. Entre las diversas formas clínicas de paranoia, una de las más interesantes y mejor estudiadas es el delirio sensitivo de autorreferencia de Kretschmer, a cuyo estudio está dedicada la obra que estamos comentando.

Tanto el factor predisponente («constitución sensitiva») como el desencadenante («conflicto interno»), como el cuadro clínico, son perfectamente estudiados en los ocho primeros capítulos de su libro por el profesor Kretschmer, quien aporta numerosas historias clínicas muy detalladas, que permiten al lector formarse una idea clara de la génesis y del desarrollo de los diferentes casos. El capítulo noveno da un resumen de todo lo expuesto, así como la delimitación de los cuadros descritos, haciendo el diagnóstico diferencial con otros estados de análoga apariencia clínica. En el capítulo décimo (escrito expresamente para la tercera edición alemana, de la que está hecha la traducción al castellano), se estudian con detalle las raíces instintivas de la constitución sensitivoparanoide y, en general, de la predisposición endógena para padecer estados relacionados con el concepto general de «paranoia». Y, a modo de epílogo, el capítulo undécimo describe el «delirio pasional» como variante peculiar del círculo de la paranoia.

En resumen, una obra valiosa, le lectura amena e instructiva, que viene a enriquecer la bibliografía psiquiátrica en lengua castellana, y cuya adquisición es inexcusable para cuantas personas —no sólo médicos— se interesen por los siempre atrayentes problemas de la Psicopatología.—Rey Ardid.

LES PLAIES DE LA MAIN, *por los doctores* R. Souquet *y* A. R. Chaucholle. *Un vol. (15'5 por 24 sm.) de 296 páginas, con 131 figuras en negro y 49 en color; rústica. Precio: 3.600 francos. Gaston Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeon. París. VI. 1959.*

Esta monografía es el fruto bien sazonado de la labor realizada durante varios años por los autores en el Servicio Clínico del profesor Lefebvre. Para destacar la importancia y trascendencia del tema objeto de estudio no hay que esforzarse mucho. La maravillosa perfección mecánica de la mano y las trascendentales repercusiones de todo tipo a que da lugar cuando se lesiona, son bien conocidas. Tampoco hay que hacer ningún esfuerzo, ni perder la ecuanimidad para elogiar sin reservas y calurosamente el perfecto trabajo logrado con esta obra. Ni para destacar el interés que encierra su lectura y estudio, no sólo para traumatólogos, sino también para los médicos generales, que son los que muchas veces asisten en primer lugar las corrientes y aparentemente pequeñas lesiones de las manos. Sobre todo, en el caso de estos últimos, para que puedan evitar por acción, el que en ocasiones se pierdan las posibilidades de una recuperación funcional por una acción inicial intempestiva.

Todo es, pues, fácil en esta obra. La crítica, la lectura y la asimilación de las enseñanzas que prodiga, tan didáctica, clara y sistemáticamente como es ya habitual en los autores franceses.

En unos ocho capítulos, desde el aspecto social de estas lesiones hasta la fisioterapia reeducativa, desfilan bien ordenados, todos los aspectos de la traumatología de la mano. Y junto a los conocimientos teóricos, los frutos de la experiencia clínica personal, con muchas figuras, esquemas y planchas en colores, muy demostrativas.

Cualquier médico práctico, especialista o no, puede encontrar algo, y aun mucho, útil en la obra que comentamos. Con este convencimiento, recomendamos a todos su lecturas.

La presentación tipográfica es de tal calidad, que decir es un producto de Gaston Doin casi no es bastante.—Seral.

NOUVELLE PRATIQUE CHIRURGICALE ILLUSTRÉE, fascículo XIII, *por* Jean Quénu. *Un vol. (17'5 por 27 cm.) de 276 páginas, con 235 figuras; rústica. Precio: 3.350 francos. Gaston Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeon. París. VI. 1959.*

Continuando la línea de selección en los trabajos y de exposición y presentación eminentemente prácticos, que tanto prestigio han dado a esta colección, nos toca hoy presentar el fascículo XIII.

En total, reúne seis trabajos, de G. Thomeset, Cl. Dubost (dos), L. Quénu, F. Dupoux y J. Mathieu. Y sus títulos son:

«Ligaduras de varices extra e intraesofágicas».

«Lobectomía superior derecha por cáncer».

«Esplenectomía seguida de anastomosis esplenorrenal».

«Ureterectomía terminal reparada por plastia vesical tubulada».

«Enclavamiento centromedular de una fractura transversal de tibia».

«Reparación del tendón de Aquiles por el plantar delgado».

Como en ocasiones anteriores y por las mismas razones, hemos de excusarnos por no ocuparnos de todos y cada uno de los trabajos. En todos hay interés y el mostrar preferencias o señalar distinciones de unos sobre otros, podría no tener más fundamento que el subjetivo, derivado de la afición por la parcela quirúrgica que uno cultiva.—Seral.

GUIDA VILLIT, GUIDA DELLE VILLEGGIATURE ITALIANA. 1959-60. *XLV Edizione. Un tomo (11 por 15 cm.) de 728 páginas, con profusión de fotografías, rutas y mapas (en color); rústica. Precio: 1.000 liras. Casa Editrice «Italia Bella». Milano.*

Tras unas advertencias para el uso de esta guía, que son de la mayor utilidad, una explicación de las abreviaturas usadas en el texto, un breve índice, una nota de los telégrafos de los albergues, unos consejos médicos para todo viajero, según su deseo de hacer turismo de mar, montaña o lago, y unas orientaciones sobre balnearios, pasa a la parte fundamental, que es la Guía de Italia, con exposición sistemática de norte a sur, dando razón de hoteles, excursiones, rutas de turismo... Util por lo práctica, de fácil manejo, con los oportunos e indispensables mapas en los que están, como es lógico, trazados los medios de comunicación; estos mapas son regionales e ilustran eficazmente el correspondiente texto.

Al final hay unas páginas sobre medicina de urgencia y una lista de las principales estaciones hidrominerales de Italia, terminando con un índice alfabético.

No hay duda que el aumento progresivo del turismo hace que estas guías tengan una gran utilidad, y siendo Italia un país de los más atrayentes para el viajero, por su historia, cultura y arte, sin temor a equivocarnos pensamos que está llamada a prestar el mejor servicio.

Bien presentada. ¡Lástima que no haya una edición en español!—M. Vicente.

PHYSIOLOGIE DE LA VISION, CHEZ LE PREMATURÉ ET LE NOURRISON NORMAL, *por el doctor* Ivan Esente. *Un volumen (15'5 por 24 cm.) de 127 páginas y 172 figuras. Ed. Gaston Doin et Cie., Editeurs. París, 1958.*

Constituye el presente volumen la adaptación francesa de la italiana, realizada por el doctor P. S. Delhil, en cuyo prefacio nos hace la presentación de la misma, resaltando la importancia de los reflejos oculares para precisar el grado de madurez fisiológica y aun estimar el estado de desarrollo normal del sujeto, debido al valor que desempeñan los estímulos visuales en el perfeccionamiento de los centros corticales.

El autor estudia los primeros reflejos motores y sensitivos del recién nacido, prematuro, de término, etc., siguiendo la evolución paralelamente al desarrollo neuromotor. Por otra parte, las fases sucesivas del desarrollo funcional de la visión en los prematuros aporta elementos de comparación con los de término.

La obrita se halla distribuída en el siguiente plan: actitudes generales de posición durante el período neonatal en el niño de término y en el prematuro, aptitudes sensoriales oculares, reflejos oculares (papel, clasificación, estáticos y dinámicos, sensitivos, sensoriomotores, de asociación), etapas evolutivas de la visión y función visual en la primera infancia.

Ni que decir tiene que son tres las actividades médicas que se benefician directamente con esta monografía: pediatras, neurólogos y oftalmólogos. Su triple utilidad, y esa claridad tan limpia y pura como latina, hacen de la lectura de este librito un verdadero placer.—A. Faci Muñoz.

LE MALATTIE DEL COLAGENO IN OTORINOLARINGOLOGIA (Mesenchimopatie reattive "regionali"), *por el doctor* Vincenzo Ricci. *Un vol. (17 por 25 cm.) de 254 páginas, con 30 fotografías y microfotografías en color y 55 en negro. Precio: 3.500 liras. Edizioni "Omnia Médica". 1959. Pisa.*

Este magnífico libro del doctor Vincenzo Ricci, de la escuela del profesor Michel Arslan, catedrático de Otorrinolaringología de la Universidad de Padua, tiene en vez de prólogo una interesante carta del profesor Lunedei al profesor Arslan, en que centra el problema de las enfermedades del colágeno, las alteraciones fibrinoides, que desde Klemperer tienen importancia tan decisiva en la patología humana, señalando la necesidad del estudio por parte del otorrinolaringólogo y de su aportación a este estudio fundamental. La importancia e inquietud de los otorrinolaringólogos por estos problemas se han dejado sentir en los congresos internacionales de la especialidad, recientes, en los que han sido temas fundamentales «Las enfermedades del colágeno en Otorrinolaringología», bien en sus formas primitivas de colagenosis o en las manifestaciones secundarias de las primeras vías aéreas y del oído, en cierto número de afecciones clásicas del colágeno.

Divide el libro en nueve capítulos: el primero dedicado al encuadramiento de las afecciones del colágeno de interés en Otorrinolaringología; en él estudia la posibilidad del substrato infectivo, pero en cuya enfermedad la patogénesis especial, caracterizada por alteraciones reactivas orgánicas, con el substratum común de necrosis o degeneración fibrinoide. La caracterización de la mesenquimopatía reactiva difusa, disreactividad de nuestro Jiménez Díaz (así citado por el autor), puede presentar formas regionales que son las que localizadas en el campo otorrinolaringológico estudia en el libro. Intenta deslindar que el nombre de enfermedad del colágeno se refiere no a una forma morbosa de un cuadro clínico definido, sino a un grupo de enfermedades con denominador común; por tanto, no podrán figurar en un diagnóstico clínico, sino que significa unas alteraciones funcionales y estructurales de la substancia intercelular del mesénquima, cuya naturaleza íntima no conocemos aún; enfermedades con caracter de subsepticemia, pseudoinfectivo, modificaciones disproteínicas (hipergammaglobulinemia), modificaciones frente a los esteroides más que frente a los antibióticos, con disreacciones enzimáticas.

Así como las enfermedades del colágeno actualmente engloban la artritis reumatoide, la dermatovisceritis maligna, la dermatomiositis, la panarteritis nudosa, la esclerodermia, la microangiotrombosis de Moschowitz o púrpura trombosante trombocitopénica, en nuestra especialidad estudia la granulomatosis de Wegener o «granuloma gangraenescens»; el síndrome de Gougerot-Sjögren, o queratoconjuntivitis y oro-sino-faringitis seca; las lesiones ulcerativas crónicas orofaríngeas, no hemopáticas ni avitaminósicas; la amiloidosis laringotraqueal, síndromes graves de origen focal amigdalino; etmoiditis poliposa esencial y el ocena nasal; y como manifestaciones de enfermedad general del colágeno, ocasionales en sus localizaciones de la especialidad: esclerodermia localizada; fibrosis submucosa orofaríngea (enfermedad de De Sa); condropericondritis difusa productiva presentada en curso de artritis reumatoidea; sordera con queratitis intersticial, y panarteritis nudosa (síndrome de Cogen); laringitis mesenquimopática crónica; manifestaciones de la especialidad de la sarcoidosis de Besnier Boeck Schaumann.

En el capítulo segundo estudia el granuloma gangraenescens, con cuadro clínico, estudio de casos personales, estudio hemático, electroforesis, proteína C reactiva, pruebas de labilidad coloidal del plasma, biopsia muscular y de los tejidos alterados del granuloma; los tratamientos con ACTH y cortisona, radioterapia y simpatectomía cervical.

En el tercer capítulo estudia el síndrome de Gougerot-Sjögren, estudio completo con casos personales, y tratamientos con vitaminas, policarpina y prostigmina, así como con ACTH y cortisona.

En el capítulo IV estudia las lesiones ulcerosas de mucosa bucal y faríngea, así como las dermatomucositis (ectodermosis erosivas mucosa y mucocutáneas), eritemas exudativo multiforme idiopático de Hebra, síndrome de Behcet, síndrome de Quaglino, y dermatouretro (oftalmitis con reumatismo secundario); el estudio clínico de la enfermedad, al que aporta casos personales, con estudio completo hematológico, electroforegrama, sideremia, proteína C reactiva, y exámenes histopatológicos, con los tratamientos polivitamínicos, antibióticos, ACTH y cortisona.

En el capítulo V, la amiloidosis localizada de laringe, primaria y secundaria, típica y atípica, con los mismos estudios, las indicaciones terapéuticas de ACTH, cortisona, vitamina A y E en grandes dosis.

En el capítulo VI trata de la infección focal amigdalina en sus relaciones con la enfermedad del colágeno, entrando en relación con el problema del reumatismo articular agudo, del reumatismo articular secundario postanginosos, buscando las relaciones patogénicas, y el problema de los autoanticuerpos, que son estudiados a fondo en relación a las enfermedades del colágeno.

En el capítulo VII estudian las poliposis rinosinusales esenciales; los factores vasculares, alérgicos, inflamatorios, con los estudios hemáticos, proteinogramas, sideremia, de función hepática, de títulos de anti-O-estreptolisina, llegando a la conclusión de tratarse de enfermedad símil reumática localizada por factores petérgicos o por el terreno.

En el capítulo VII trata del ocena nasal, creyendo se trata de una reacción inmunitaria, sin el componente mesenquimopático reactivo-productivo.

Y en el capítulo IX trata de síndromes raros preferibles a enfermedades del colágeno (esclerodermias, fibrosis, condropericondritis, laringitis mesenquimopáticas).

A lo largo de todo el libro, lo que más nos llama la atención es el trabajo en aquipo, con unos buenos histopatólogos, hematólogos, clínicos, que dan al libro un aire de novedad y de interés raramente superable.

Termina con una amplia bibliografía por capítulos.

Nuestra enhorabuena a los autores por su magnífico trabajo, tan de actualidad.—M. RAMÓN MOZOTA.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 404 - TOMO LXVIII
NOVIEMBRE 1959

REVISTAS

NACIONALES

MEDICINA

CORRAL, T. (Bilbao).—«ESTUDIOS SOBRE EL DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO DE LA HEPATITIS VÍRICA.» *«Medicina Clínica», tomo XXXII, núm. 1, páginas 4-10, enero 1959. Barcelona.*

Los enfermos de hepatitis vírica, durante la fase aguda de su enfermedad, y en un período más o menos largo de su convalecencia, que según nuestras observaciones oscila entre 3 y 35 días desde el comienzo de la enfermedad, eliminan por la orina una substancia que aglutina los hematíes de gallina a diluciones de orina oscilantes entre el 1/2 y el 1/64. Tenemos razones para identificar esta substancia hemoaglutinante con el propio virus causante de la enfermedad.

En el suero sanguíneo de los convalecientes de hepatitis vírica se pueden descubrir anticuerpos inhibidores específicos de la hemoaglutinación. Estos anticuerpos se han podido demostrar a los doce días del comienzo de la enfermedad, permaneciendo hasta los trescientos noventa y un días. El título al cual han demostrado su actividad, generalmente, ha sido alto, la mayor parte de ellos superior a 1/2.000. El título más bajo obtenido ha sido del 1/16, y el más alto del 1/500.000.

Estudiando seriadamente la aparición de los anticuerpos, se ha podido descubrir el momento en que éstos aparecen durante la infección activa.—AUTORRESUMEN.

PELÁEZ, J., y BORRASCA, A. L. (Salamanca). — «EL CUADRO ELECTROFORÉTICO Y EL FACTOR DE PERMEABILIDAD RENAL EN LAS NEFROPATÍAS CRÓNICAS.» *«Medicina Clínica», tomo XXXII, número 1, páginas 18-26, enero 1959. Barcelona.*

Se estudia comparativamente el proteinograma de suero y de orina, así como el «factor de permeabilidad renal» en veinte enfermos de nefropatías crónicas, que se dividen en cuatro grupos: A) nefritis crónicas leves. B) nefritis crónicas hipertensivas. C) nefritis crónicas de evaluación nefrótica. D) nefrosis. Se llega a la conclusión de que en el suero, a medida que se evidencia un síndrome nefrótico, va perfilándose un proteinograma caracterizado por hipoproteinemia, hipoalbuminemia, aumento muy marcado de la globulina α_2 y disminución discreta de la β. Con esto se confirman los datos de la literatura, aunque discrepando en el sentido de que la disminución de γ es solamente discreta y de que no existe aumento de β. El proteinograma urinario es más variable, pero en él hay un aumento progresivo de la intensidad de la proteinuria global, aumento del cociente A/G, en comparación con el del suero y, sólo en el caso de las nefrosis, aumento de α_1, a pesar de que ésta se encuentra más bien disminuída en el suero. El «factor de permeabilidad renal» acusa como datos más importantes el aumento de permeabilidad para la albúmina y para la globulina α_1, a pesar del elevado peso molecular de ésta.

Se discute la importancia de estas alteraciones. En el caso del proteinograma sérico, de la tendencia evolutiva de las mismas se deduce la idea de una posible transición desde las formas hipertensivas de nefritis, hasta las formas de predominio nefrótico. En el caso del «factor de permeabilidad renal», discute el significado y posible explicación del aumento de α_1 mediante tres hipótesis.—AUTORRESUMEN.

SOLSONA, J. (Barcelona). — «LAS ADENITIS MESENTÉRICAS MONO O PAUCIGANGLIONARES DE LA LINFOGRANULOMATOSIS MALIGNA O ENFERMEDAD DE HODGKIN.» *«Medicina Clínica», tomo XXXII, número 2, páginas 124-129, febrero 1959. Barcelona.*

Se estudian dos casos de *Formas paucigan-glionares mesentéricas de la linfogranu-lomatosis maligna o enfermedad de Hodgkin.*

Un caso puede considerarse una forma clínica pura de la enfermedad.

El otro caso evoluciona más adelante con invasión de hígado y bazo, constituyendo la forma clínica hepato-esplenomegálica, de rara observación.

Se trató de dos casos de *evolución subagu-*

da, altamente febril, con *leucopenia persistente*.

Un síntoma llamativo en los enfermos fue la *diarrea lientérica, persistente y rebelde*.

En los dos casos se produjeron *signos radiológicos de éxtasis duodenal crónico* y de disfunción del ángulo de Treitz.

Se aconseja la práctica de laparatomía exploradora para el diagnóstico de la enfermedad cuando se observe el *síndrome* caracterizado por *fiebre, leucopenia, diarrea y éxtasis duodenal, no clasificable en afección infecciosa conocida*.—AUTORRESUMEN.

APARATO CIRCULATORIO

DALMAU CIRIA, M. (Barcelona).—«LA FIBROELASTOSIS DEL ENDOCARDIO.» «*Medicina Clínica*», *tomo XXXII, número 1, páginas 39-45, enero 1959. Barcelona.*

CONCLUSIONES: 1.ª En lo que va de siglo se publicaron en la literatura médica alrededor de doscientos casos de una cardiopatía de instauración brusca y evolución casi siempre fatal, que ha recibido diversos nombres, siendo hoy día el más utilizado el de la llamada *fibroelastosis del endocardio*.

2.ª Su manifestación clínica primordial es la insuficiencia cardíaca casi siempre congestiva de evolución hacia la muerte, su aparición a veces brusca y su disociación entre la parvedad de los signos clínicorradiológicos y electrocardiológicos que podrían matizarla y la extensión de los hallazgos necrológicos.

3.ª Su expresión anatomopotológica común es la fibrosis del endocardio sin hallazgo de valvulopatías, arterioesclerosis, ni anomalías congénitas, salvo en un 10 y 15 por ciento de casos de las llamadas formas infantiles de este síndrome.

4.ª El proceso parece deberse a la instauración progresiva de una metabolopatía hística, cardíaca, expresión común de diversas noxas, displásticas, infecciosas, mecánicas, alérgicas, etc., y cuya forma de establecerse es desconocida exactamente en el momento presente.

5.ª El tratamiento es puramente sintomático, aunque se habla ya de ciertas intervenciones quirúrgicas.

6.ª La posibilidad de que el endocardio y el miocardio puedan ser el órgano de expresión electiva de noxas influyentes, desarrollando un proceso que lleva fatalmente a la muerte en breve plazo, hace pensar en su importancia como terreno vulnerable sobre el que podrán luego actuar más funestamente la arteriosclerosis, las coronariopatías o simplemente los fenómenos de involución.—AUTORRESUMEN.

APARATO DIGESTIVO

LENTINI MARUGÁN, J. (Barcelona).—«MEDICACIÓN POR VÍA RECTAL.» «*Medicina Clínica*», *tomo XXXIII, núm. 2, páginas 82-113, febrero 1959. Barcelona.*

EXISTE de un modo cierto la absorción rectal. La vía rectal es un lugar idóneo para la absorción de la mayoría de las substancias, de las cuales parece ser mejor la absorción de las liposolubles y de las soluciones o suspensiones en pequeña cantidad de agua. Existe un cierto paso extrahepático, especialmente para las substancias inferiormente situadas (aunque es una cuestión de poco interés práctico), que puede variar según ciertas características bien detalladas. La vía rectal es de inicio más lento pero de acción más sostenida que la endovenosa; en comparación con la oral depende de la substancia administrada. Si se precisa de mayor velocidad de absorción se emplearán los microenemas. No pueden fijarse «a priori» unas dosis para las substancias administradas rectalmente por comparación con la dosis oral o parenteral; sólo las experiencias amplias darán la pauta a seguir.

Se exponen gran cantidad de trabajos experimentales o clínicos realizados por esta vía que demuestran la eficacia de la misma, el relativo abandono en que se ha tenido, y los últimos adelantos conseguidos en ella: los modernos excipientes para supositorios y los microenemas preparados.

Se incita a los investigadores a trabajar en este sentido.—AUTORRESUMEN.

ANÁLISIS CLÍNICOS

CELMA HERNÁNDEZ, J. (Valencia).—«ESTUDIO ELECTROFORÉTICO DE LAS PROTEÍNAS Y PROTEÍDOS DEL SUERO EN PACIENTES SOMETIDOS AL TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO.» «*Medicina Española*», *tomo XLI, núm. 241, páginas 350-354, abril 1959. Valencia.*

LOS enfermos afectos de enfermedad de Hodgkin, sarcomas, epiteliomas de laringe y de mama, muestran, en general, valores de las proteínas totales, que están comprendidos en los límites normales.

Se comprueba en la enfermedad de Hodgkin la existencia de marcadas alteraciones del proteinograma, en el sentido de hipoalbuminemia y aumento de las globulinas alfa.

Gran parte de los enfermos de sarcomas, epiteliomas de laringe y neoplasias mamarias, muestran un proteinograma normal, mientras que, en algunos casos, se observa la existencia de hipoalbuminuria e hiper-alfa-2-globulinemia.

Estas alteraciones se comprueban en todos los casos en que constaba la existencia de metástasis.

Las glicoproteínas guardan, en general, buena correlación con las fracciones del espectro proteico, existiendo un aumento de la glicoproteína alfa-2 cuando está elevada la correspondiente fracción globulínica.

Los sujetos afectos de periartritis y adenitis fímica muestran alteraciones en los valores de las fracciones proteicas del suero, presentando una disproteinemia análoga a los de los pacientes cancerosos. En la artrosis por el contrario, es frecuente el proteinograma normal.

La radioterapia, a dosis comprendidas entre 1.380 y 3.800 r., produce, en la mayoría de los casos, una moderada hipoalbuminemia y un aumento de las globulinas alfa. Estas modificaciones son transitorias, por lo cual el estudio del proteinograma, a los tres meses después de terminar el tratamiento radioterápico, tiene gran valor pronóstico, puesto que la persistencia de hipoalbuminemia y aumento de las globulinas alfa es indicio de la existencia de metástasis.—AUTORRESUMEN.

HEMATOLOGÍA

ROZMAN, C. (Barcelona). — «CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DEL ESPLENOGRAMA.» «*Medicina Clínica*», *tomo XXXII, número 1, páginas 58-69, enero 1959. Barcelona.*

SE han practicado ochenta y cuatro esplenogramas, contando mil células para la confección de cada uno de ellos.

En la parte general se efectúa un estudio comparativo sobre el esplenograma normal, proponiéndose, a base del mismo, algunas modificaciones del esplenograma normal de Moeschlin.

Se describe detalladamente, y al parecer por primera vez en los estudios citológicos sobre el esplenograma, la probable célula de la pared de los senos venosos, incluyéndola en la sistematización de la serie reticular esplénica.

En la parte especial se presentan sesenta y dos esplenogramas, agrupados por distintas enfermedades, analizando de cada uno de los datos más valiosos para su correcta interpretación. Las conclusiones de este estudio son las siguientes:

1. El esplenograma de la cloranemia aquílica cae dentro de los límites normales. 2. La anemia perniciosa no siempre se acompaña de megaloblastosis esplénica. 3. En las anemias hemolíticas es constante la presencia de macrófagos de pigmento probablemente hemosiderínico. La eritropoyesis esplénica es nula o muy escasa. No se ha observado el fenómeno de la eritrotofagocitosis. 4. La cifra total de linfocitos no constituye un dato diagnóstico-diferencial seguro entre las metaplasias meloides esplénicas y la leucosis mieloide crónica, pero puede ser de cierta utilidad como orientadora. Las células gigantes encontradas en la osteomielorreticulosis son de dos tipos: megacariocitos y policariocitos. El predominio de unas u otras varía, al igual que el tipo de metaplasia, según se trate de la fase precoz o tardía de la enfermedad. 5. Entre las múltiples patogenias de las púrpuras trombocitopénicas, se sugiere el mecanismo fagocítico de las plaquetas, secuestradas en el bazo. 6. En las leucosis agudas se han registrado eritropoyesis esplénicas de tipo megaloblástico. 7. El porcentaje total de linfocitos casi nunca supera el 35 por ciento en las leucosis mieloides crónicas, mientras que en las osteomielorreticulosis lo hace con frecuencia. 8. Se presenta un esplenograma de leucosis eosinófila con revisión de otros y discusión de su valor diagnóstico. 9. Se demuestra que el límite mínimo de un 95 por ciento de células entre las correspondientes a la serie linfática, no es seguro para el diagnóstico de la leucosis linfática crónica. Tiene más valor la intensa desviación hacia la izquierda de la serie lifática. En este caso es útil la minuciosa subclasificación de los linfocitos. 10. El esplenograma posee gran importancia para el diagnóstico de la variedad abdominal de la linfogranulomatosis maligna. Sólo se asegurará cuando en el mismo se encuentren células de Sternberg. 11. Con el esplenograma no hay que aventurarse a hacer un diagnóstico exacto de las esplenomegalias tumorales, sino sólo establecer un dictamen provisional o de orientación. 12. El diagnóstico de tuberculosis esplénica sólo se establecerá cuando se hallen en el esplenograma células típicas de Langhans acompañadas de las epitelioides, o se extraiga caseum en el que se demuestre el bacilo de Koch.—AUTORRESUMEN.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

QUADRAS BORDES, M. V. (Barcelona). — «TRASTORNOS VASCULARES DE LA MENOPAUSIA.» «*Anales del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo*», *vol. XIX, número 1, páginas 40-51, enero-febrero 1959. Barcelona.*

SE hacen consideraciones respecto a los síntomas neurovasculares que predominan en un grupo de enfermas, atribuíbles a la menopausia.

También se dedica un comentario a la psicología femenina, atendiendo a las observaciones personales de la autora.

Hace ya algún tiempo, debido a que la actividad de la mujer no queda limitada al hogar (su gran misión), los trastornos atribuíbles a la menopausia se estudian y tra-

tan con más atención. Interesa que la mujer, por su participación en la oficina, taller, fábrica, etc., se mantenga en buena forma para un mayor y mejor rendimiento en el trabajo.—AUTORRESUMEN.

BLANCO CORISCO, J. (Cáceres). — «CESÁREA ABDOMINAL EN EL NOVENO EMBARAZO.» *«Anales de la Casa de Salud Valdecilla», t. XIX, número 5, páginas 357-363. Santander. 1958.*

EL autor resume así las conclusiones de su trabajo:

1. A toda gestante deben practicársele, además de los análisis de sangre (fórmula recuento velocidad de sedimentación, Wasserman y similares), y en orina (albúmina, glucosa y sedimento), los especiales de determinación del factor Rh y genotipo, y si se trata de un Rh negativo, hacer la determinación de este mismo factor y genotipo al marido.

2. Cuando una gestante ha visto interrumpido en los noventa primeros días su gestación o da a luz un feto muerto y no se puede hacer responsable al parto en sí (anomalía en la presentación, pelvis viciosa, desproporción pélvico cefálica) y el feto presenta alteraciones en su morfología, debe investigarse en el matrimonio (marido y mujer), además de las reacciones de la sífilis (Wasserman y similares), el factor Rh y genotipo.

3. Ante una embarazada Rh negativa se extremará la vigilancia en su embarazo y se la proporcionará progesterónicos, a dosis de 125 miligramos semanales, por espacio de seis meses, y después cada quince días durante los dos meses restantes.

4. Administración de vitamina K (4 miligramos semanales durante seis meses).

5. Debe ser norma taxativa no practicar ni tolerar ninguna transfusión, ni ninguna otra práctica hemoterápica en toda mujer sin el estudio de la previa compatibilidad Rh.

6. No somos partidarios de la inducción del parto en una gestante Rh negativa sin hijos vivos, sino que, valorado el tamaño fetal por radiografía y una vez iniciadas las contracciones uterinas, debe terminarse el parto rápidamente, teniendo a un puericultor, hematólogo y reanimador, todos dispuestos para recibir al recién nacido.—AUTORRESUMEN.

VALVERDE PINEDO, V. (Santander). — «PELVIOSCOPIA TRANSVAGINAL EN LA ESTERILIDAD.» *«Anales de la Casa de Salud Valdecilla», t. XIX, número 5, páginas 371-378. Santander. 1958.*

PRESENTAMOS una comunicación para divulgar el papel desempeñado por la pelvioscopia transvaginal, como método de inestimable valor diagnóstico en el problema de la esterilidad.

Señalamos los resultados obtenidos en doscientos cincuenta y cuatro de esterilidad primaria y setenta casos de esterilidad secundaria, recogidos conjuntamente con el profesor Abarbanel, durante nuestra estancia en los Estados Unidos.

Presentamos otra serie de cincuenta y seis casos de esterilidad, recogidos por nosotros entre nuestras enfermas. De ellos, cuarenta y nueve corresponden a esterilidad primaria y siete a esterilidad secundaria.

Comparando todas las cifras señaladas, vemos la enorme preponderancia que las infecciones desempeñan en nuestro país en el capítulo de la esterilidad.

Las complicaciones que hemos tenido en todos los casos, se resolvieron favorablemente.

La pelvioscopia transvaginal es, como se colige de nuestro trabajo, un proceder diagnóstico seguro, fácil y carente de complicaciones.—AUTORRESUMEN.

PSIQUIATRÍA

CAVALLÉ, A. (Barcelona).—«UN NUEVO ANTIDEPRESIVO, EL TOFRANIL GEIGY (G-2235).» *«Medicina Clínica», tomo XXXII, número 1, páginas 34-36, enero 1959. Barcelona.*

CONCLUSIONES de este trabajo: Contamos con una droga antidepresiva más eficaz que las que poseíamos hasta la fecha, eficacia comprobada evidentemente en cuatro casos tratados, casos graves de melancolía endógena fásica.

La aparición de los resultados favorables es rápida, a los pocos días del comienzo de la ingestión de los comprimidos.

No hemos visto molestias acusadas de la medicación, y si las ha habido, han cedido prontamente al suprimirla.

Creemos muy interesante aumentar nuestra experiencia dentro de las posibilidades de obtención de la droga.—AUTORRESUMEN.

PEDIATRÍA

LLORENS TEROL, J., y CASASSAS, O. (Barcelona). — «ENCEFALITIS AGUDAS EN EL NIÑO.» *«Medicina Clínica», tomo XXXII, número 1, páginas 10-14, enero 1959. Barcelona.*

DE la revisión de más de ciento cincuenta casos de encefalitis se observa que la afección es mucho más frecuente y más grave en los lactantes y niños pequeños.

El simple diagnóstico de encefalitis ya ofrece grandes dificultades. En una primera fase es imposible, incluso por histología, diferenciar la encefalitis de la encefalopatía. Por ello, de la encefalitis hay que tener un concepto anatomopatológico, pero hay que interpretarla según un criterio clínico. Caracterizan a la enfermedad el polimorfismo sintomático y la variabilidad en la evolución de los signos.

El pronóstico es siempre incierto. La gravedad no depende directamente ni de la obnubilación, ni de las convulsiones, ni de la alteración liquoral. En cambio, son signos de gravedad:

a) Las grandes hiperpirexias.
b) La embriocardia.
c) La coloración pálido-grisácea de la piel.

En cuanto al tratamiento, poco influeye la evolución del proceso, ya que éste sigue su curso independientemente de nuestra actuación.—AUTORRESUMEN.

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

GUIJARRO, C. (Santander).—«EMPLEO LOCAL EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA DE LA MODERNA MEDICACIÓN HORMONAL GLUCOCORTICOIDE. REVISIÓN DE CINCUENTA Y CINCO CASOS TRATADOS CON ELLA.» *«Anales de la Casa de Salud Valdecilla», tomo XIX, número 5, páginas 379-393, 1958. Santander.*

SE expone primero en esta comunicación el continuo avance en la aparición de los nuevos preparados hormonales glucocorticoides, con el fin de llegar a obtener productos de mayor actividad medicamentosa y menor número de contraindicaciones o inconvenientes.

Seguidamente, se detallan las razones que llevaron a la utilización local de la hidrocortisona primero y de la prednisolona después, estas últimas por nuestra parte, haciendo hincapié en las causas que motivaron el empleo de este último tipo de medicación.

Después cita el autor los motivos que le movieron a la realización de la presente comunicación, fundados en la oportunidad de obtención precoz de la prednisolona inyectable, así como la ausencia de bibliografía sobre el empleo local de dicho medicamento, sobre cuyos resultados, comparados con los obtenidos manejando la hidrocortisona, versará el siguiente trabajo.

Se refieren después comparativamente, los casos tratados con hidrocortisona y con prednisolona, divididos en dos grandes grupos de afecciones traumáticas y afecciones ortopédicas, los que, a su vez, fueron subdivididos según la localización de los padecimientos, procurando, asimismo, que el número de pacientes y sus diagnósticos fuesen lo más semejantes entre los tratados con hidrocortisona y con los que recibieron localmente la prednisolona.

A continuación se detalla minuciosamente la técnica de administración de dichos medicamentos (cocktail articular), exponiendo las ventajas de la utilización local de prednisolona sobre hidrocortisona.

Se concluye exponiendo las asociaciones medicamentosas utilizadas por otras vías de administración diferentes de la local y en unión de ella, así como los resultados obtenidos con estos dos tipos de medicamentos citados en forma comparativa para resumir las ventajas de uno sobre el otro.—AUTORRESUMEN.

EXTRANJERAS

MEDICINA

METAIS, P. — «INTERÉS DIAGNÓSTICO DE LA DETERMINACIÓN DE LAS TRANSAMINASAS SÉRICAS.» (*Intérêt diagnostique de la détermination des transaminases sériques.*) *«Strasbourg Médical», núm. 5, mayo 1959. Estrasburgo.*

FRENTE a las enzimas segregadas por las glándulas del aparato digestivo (pepsina, amilasa, tripsina, etc.), existen otras producidas por todas las células, pero principalmente por aquéllas que contribuyen a la síntesis de sustancias de importancia vital (hígado) o a la liberación de energía utilizable para un trabajo (corazón).

Las transaminasas catalizan las reacciones de transaminación, uno de los procederes por el cual el organismo degrada o sintetiza los aminoácidos. Entre ellos, dos tienen un gran interés: la transaminasa glutámico-oxalacética y la transaminasa glutámico-pirúvica, cuya dosificación en suero puede llevarse a cabo por tres procederes: a) valoración de la formación de hidrazonas coloreadas a partir de los ácidos alfa-cetónicos producidos; b) dosificando el ácido glutámico formado después de la separación electroforética o cromatográfica; y c) con el método espectrofotométrico de Karmen.

Transaminasas séricas en las afecciones cardíacas: Wroblewski y Laude, en 1954,

mostraron por primera vez que la transaminasa glutámico-oxalacética del suero estaba muy aumentada en el infarto de miocardio, habiendo seguido en varios centenares de casos, la evolución diaria de la transaminemia, que alcanza sus valores máximos dentro de las primeras veinticuatro horas, para normalizarse del tercer al sexto día. Esto es cierto aproximadamente en el 90 por ciento de los casos de infarto miocárdico, siendo de mayor valor diagnóstico que los procederes biológicos habitualmente utilizados (leucocitosis, velocidad de sedimentación, proteína C radiactiva, etc.).

En patología experimental, el aumento de la transaminasa glutámico-oxalacética es proporcional a la superficie del músculo infartado, pero en clínica humana hay otros factores que influyen en la interpretación de los resultados: edad del sujeto, localización del infarto, estado general, recidivas, etc.

Los valores de la transaminasa glutámico-oxalacética son prácticamente normales en la angina de pecho, pericarditis, insuficiencia cardíaca, embolia pulmonar, accidentes vasculares cerebrales (valores altos en liquor en caso de hemorragia cerebral). Son con frecuencia elevados en los trastornos del ritmo cardíaco, sobre todo en fibrilaciones y fluters.

Es de resaltar que en todas las afecciones citadas, incluídos los infartos de miocardio, los valores de la transaminasa glutámico-pirúvica son normales.

Transaminasas séricas en las hepatopatías. La experiencia del autor coincide con la de Wroblewski en el sentido de que la transamina glutámico-oxalacética está elevada en las afecciones hepáticas crónicas, mientras que la transaminasa glutámico-pirúvica lo está en las hepatopatías agudas.

Conclusiones: La dosificación de la transaminasa glutámico-oxalacética es un complemento interesante, pero no indispensable en los infartos de miocardio evidentes. Su dosificación es de interés capital en los casos frustrados o de dudoso diagnóstico diferencial frente a embolias pulmonares, cuadros dolorosos agudos de región torácica inferior o abdominal alta (roturas de esófago, pericarditis, mediastinitis, fracturas costales, colecistitis agudas, perforación de ulcus gástrico, etc.), o en los casos en los que el diagnóstico electrocardiográfico es delicado (bloqueo de rama).

La dosificación de las transaminasas es también un «test» hepático suplementario de valor, a condición de que se determinen al mismo tiempo la oxalacética y la pirúvica.

Tienen menos especificidad de momento, pero pueden ser la iniciación de nuevos horizontes, la dosificación de otras enzimas y entre ellas las deshidrogenasas láctica y málica, que están aumentadas en otros casos de necrosis, particularmente en las cancerosas.

Unos cuadros con resultados propios y de otros autores y numerosa bibliografía figuran en el trabajo.—SUÁREZ PALACIOS

APARATO DIGESTIVO

GIBIANI, V., y GANDOLFO, E. — «EL ESTUDIO RADIOLÓGICO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA RECTOCOLITIS ULCERO-HEMORRÁGICA.» (*L'indagine radiologica nella diagnostica della rettocolite ulcero-emorragica.*) «*Min. Med.*», *50, 36, 1.352, 1959.*

LA rectocolitis ulcero-hemorrágica ha constituído de siempre un proceso de difícil diagnóstico y terapéutica, que ha atraído la atención de gran número de investigadores de todos los países. Los autores, después de hacer una completa revisión del cuadro clínico y de las posibilidades terapéuticas, tanto médicas como quirúrgicas, presentan su amplia casuística, con ventiséis casos, en los que estudian la utilidad diagnóstica del estudio radiológico.

La técnica empleada es la del enema opaco, aunque también la ingestión de papilla puede ser útil para dar una idea de la situación funcional del intestino. Conviene hacer diversas proyecciones, destacando por su interés las oblicuas, para el examen del recto.

La radiología permite apreciar una serie de alteraciones, como las ulceraciones, la desaparición de las haustras normales, la rigidez de la pared y, sobre todo, dato sobre el que insisten los autores, una imagen característica en doble contorno, debida a la capa de moco que tapiza la pared intestinal.

No puede decirse que estas alteraciones sean patognomónicas de la enfermedad, pues se encuentran también en otros tipos de colitis ulcero-hemorrágica, pero la localización, la extensión de las lesiones a casi todo el intestino grueso, así como el estudio clínico acompañante, permite en todos casos realizar el diagnóstico.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

CARDIOLOGÍA

GALLI, E., DONADIO, V., y CARELLI, E. (Torino). — «PARTICULARIDADES Y CONSIDERACIONES SOBRE LA PATOLOGÍA DEL ÁNGULO CARDIOFRÉNICO ANTERIOR.» (*Rilievi e considerazioni sulla patologia dell'angolo cardiofrenico anteriore.*) «*Minerva Medica*», *99, 4653, 1958.*

PARA determinar la naturaleza exacta de los procesos del ángulo cardiofrénico anterior, recordaremos que pueden tener origen en los siguientes puntos: 1) serosas viscerales pleuropericárdicas; 2) en el mediastino; 3) del aparato cardiovascular; 4) del pulmón mismo; 5) formados a partir de la pared torácica; 6) del diafragma. Del primar apartado estudiamos los quistes celomáticos de Lambert, pleuropericárdicos. Hay también divertículos pericárdicos y pericarditis enquistadas que hay que individualizar. Otras veces, verdaderas pleuritis enquistadas a partir de la pleura mediastínica anteroinferior, o de la pleura diafragmática. Hay tumores circunscritos de la pleura y del pericardio que igual recordaremos: entre los graves, el sarcoma, y entre los leves, fibromas y lipomas, a partir del tejido adiposo subpleural. En el segundo grupo, citaremos los amartomas y disembriomas de origen mediastínico que pueden visualizarse en el mismo ángulo cardiofrénico anterior. Se cita un caso de mixoma, y quizá también de timomas, por focos ectópicos. Según Redaelli, las neoformaciones tumorales vienen representadas por los mixomas y los timomas, y las formaciones disembrioplásticas, por los quistes epidérmicos, los dermoides y los teratomas, hallándose entre los hamartomas los fibromas, lipomas y linfangiomas.

En el tercer grupo se consideran los aneurismas de la aorta intrapericárdica y los raros y teóricos tumores del corazón: rabdomiomas, fibromas y lipomas. Puede también tratarse de petrusión circunscrita del corazón, consecutiva a infarto cardíaco. El cuarto grupo, quistes parasitarios, tuberculomas, tumores pulmonares, citando los angiomas y condromas, aparte de los graves conocidos. En el quinto grupo, condromas, osteocondromas, neurinomas, lipomas y angiomas de la pared. En el sexto grupo, recordemos la equinococosis diafragmática y los quistes celomáticos de este músculo, que en él quedaron aislados. De origen subfrénico son los ocasionados por hernias de la fisura de Morgagni. Todos los medios auxiliares del diagnóstico confirman la causa intrínseca de la enfermedad.—SAMITIER.

APARATO CIRCULATORIO

MAZZEI, E. S., BURREI, C., RIERA, E., y BARBERÁ, E. — «EL LIPIDOGRAMA ELECTROFORÉTICO EN LA ARTERIOESCLEROSIS.» «*Progr. Pat. Clin.*», *VI, 1, 45, 1959.*

LOS autores han estudiado un grupo de cien pacientes clínicamente diagnosticados de arterioesclerosis, una serie de constantes bioquímicas, como los lípidos séricos, la colesterina total, libre y esterificada, y los fosfolípidos totales, así como el fraccionamiento lipídico por electroforesis.

Del análisis de los resultados, concluyen que los datos que tienen más valor diagnóstico en la arterioesclerosis, son los deducidos del estudio del lipidograma, especialmente el cociente beta/alfa lipoproteínas, que se encuentra uniformemente alterado en el 92 por ciento de los casos, con valores superiores a tres.

Los valores de colesterina total, los cocientes colesterina/fosfolípidos, y la cifra de lípidos totales, se encuentran alterados con menos frecuencia en estos enfermos.

Concluyen, pues, de acuerdo con la opinión predominante hoy día entre los investigadores sobre el problema de la arterioesclerosis, que el lipidograma representa la mayor ayuda con fines diagnósticos.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

DERMATOLOGÍA

SEGERS, A. M. — «TRATAMIENTO DE LOS ANGIOMAS CUTÁNEOS.» «*La Semana Médica*», *páginas 419-431, tomo 114, núm. 14, abril 1959. Buenos Aires.*

LOS diferentes criterios que para el tratamiento de las distintas formas clínicas rigen en los países del mundo, demuestran que la solución del problema se encuentra aún lejana.

Clasifica los angiomas en: estelares, cavernosos de pequeño y mediano volumen, hipertróficos, subcutáneos y planos.

Considera la evolución y se ocupa del tratamiento de los distintos tipos: en los estelares, electrocoagulación. En los cavernosos, crioterapia, inyecciones esclerosantes, radioterapia con dosis mínimas, espaciadas, protegiendo los tejidos vecinos, evitando su uso en las vecindades de ovarios y mamas y empleando la puntura, röntgenoterapia de mediana o gran penetración, utilizando técnicas de incidencia rasantes y filtros de cobre y aluminio; cirugía primaria o secundaria para extirpar secuelas cicatrizales consecutivas a otros tratamientos; electrocoagulación y micropuntura en los pequeños. En los hipertróficos, el tratamiento es generalmente quirúrgico; en lactantes y niños, röntgenoterapia. En los subcutáneos, como en los cavernosos. En los planos es indispensable efectuar una biopsia para establecer el plano en que se encuentran localizadas las ectasis vasculares: subepidérmicamente, intradérmica o subdérmicamente; la intervención quirúrgica y el torio radiactivo son los métodos a emplear en este tipo de angiomas; con la röntgenoterapia no es posible tratar angiomas planos localizados en regiones pilosas, pues la dosis necesaria para producir la esclerosis vascular provocaría también alopecia, inconveniente que no se da con el uso del torio.—J. RIVERA.

ENDOCRINOLOGÍA

GEROSA, H. — «FACTORES REGULADORES DE LA TRICOSIS CORPORAL EN CONDICIÓN FISIOLÓGICA Y PATOLÓGICA. HIPERTRICOSIS. SU TRATAMIENTO.» *«La Semana Médica», páginas 356-363, tomo 114, núm. 12, marzo 1959. Buenos Aires.*

Los componentes normales del mecanismo de aparición del vello sexual son: 1.º, una base hormonal; 2.º, un control nervioso, y 3.º, un órgano efector, el folículo piloso. Alterados en conjunto o aisladamente, pueden convertir en entidad patológica lo que constituye un carácter normal.

Investiga el mecanismo que presuntivamente conduce a la aparición del vello sexual, abordando después el problema de la hipertricosis, que debe ser contemplada como un signo representativo de una neurodisendocrinia en lo objetivo, y en lo subjetivo como punto de partida de un desequilibrio psíquico por constituir un agregado al sexo que intensifica patológicamente (en el hombre), o distorsiona el sentido isosexual (en la mujer), desequilibrando la vida de relación.

La hipertricosis es el resultado de cuatro factores: un factor de incitación (los andrógenos, de origen diverso), un factor de oposición (efectos hormonales antagónicos de los andrógenos y los emuntorios que se encargan de su eliminación), un regulador (diencéfalo) y un efector (el folículo piloso).

La eficacia de la terapéutica reside en dos puntos: 1.º, frenar y bloquear la producción de andrógenos, de sus diversas fuentes; 2.º, disminuir la sensibilidad reaccionante del folículo piloso al estímulo androgénico. Por eso emplea los glucocorticoides, por: 1.º, frenar la corticotrofina con reposo de la corteza adrenal y disminución de su producción de andrógenos; 2.º, morigerar la reactividad del folículo piloso a los estímulos, y 3.º, perfeccionar los estímulos diencefálicos. Busca coadyuvantes que hagan más intensa y perfecta su acción, y así ensaya combinaciones de prednisolona con hidrácida del ácido isonicotínico, con derivados tiroideos, con aminas reductoras del apetito, con meprobamatos, con estrógenos, con la resección cuneiforme del ovario y con radioterapia profunda en región suprarrenal, adoptando el uso de prednisolona exclusivamente: tres períodos de noventa días cada uno con las siguientes dosis diarias: 1.º, 10 mg.; 2.º, 25 mg.; y 3.º, 12'5 mg. Es preciso observar una estricta disciplina desde el principio del tratamiento, pues una interrupción en cualquier momento provoca un retroceso. El vello que no ha sido depilado ni rasurado se detiene e involuciona; el que ha sufrido esos procesos sólo alcanza una lentitud en el rebrote.

Concluye afirmando que el resultado es excelente para la hipertricosis inicial y bueno en las avanzadas, debiéndose los fracasos a que el síndrome está a veces asociado a otras disendocrinias que deben tenerse en cuenta y que pueden impedir el normal efecto de la prednisolona.—J. RIVERA.

OTORRINOLARINGOLOGÍA

LITMANOVICH, R., y EPSTEIN, L. — «RINOCIRUGÍA INTEGRAL.» *«La Semana Médica», páginas 567-571, tomo 114, núm. 18, abril 1959. Buenos Aires.*

Insisten los autores en que sea una misma persona la que resuelva las alteraciones externas e internas de la nariz.

Creen que la intervención precoz del tabique desviado evita la deformación ulterior de la nariz.

Se ocupan de la anatomía quirúrgica de la nariz y a continuación de la técnica general de las rinoplastias y que comprende: preparación del paciente, posición del mismo, anestesia y los distintos tiempos operatorios.

Describen la plastia de la punta de la nariz y la desviación o deformación del tabique.

Finalmente, en las conclusiones insisten en la necesidad de que en trastornos funcionales y estéticos la intervención sea realizada por un cirujano que sea rinólogo y plástico, en la importancia de una buena anestesia y en afirmar que el cirujano debe poseer una condición artística suficiente para realizar no sólo una «linda nariz», sino la que corresponda a las facciones de cada paciente.—J. RIVERA.

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

RAITZIN, A. — «UNA CUESTIÓN DE ARMONÍA BIOLÓGICA Y DE HIGIENE MENTAL.» *«La Semana Médica», páginas 490-496, tomo 114, núm. 16, abril de 1959. Buenos Aires.*

Galeno dijo: «El hombre es el más inteligente de los animales, porque tiene manos».

El divorcio entre las manos y el cerebro, entre el trabajo propiamente dicho y el pensamiento, no es, en ninguna circunstancia, una actitud innocua; las manos ociosas e inactivas entrañan un peligro mucho mayor de lo que generalmente se cree.

Sería conveniente, dice el autor, implantar el aprendizaje *paralelo* y *obligatorio* de un oficio cualquiera en los habituales planes de estudio. Un oficio bien aprendido puede ser una excelente derivación de la actividad profesional y hasta una útil y fructífera ocupación, capaz de suplir a la que por cualquier motivo ha dejado de servir para ganarse el sustento.

Las manos no sólo desempeñan una importante función en el ejercicio de los distintos oficios, sino también en el orden biológico y psíquico. Tal vez no exista en nuestro cuerpo una hermandad de órganos más estrecha ni ligada por lazos más sutiles de la sensibilidad y del movimiento, que el cerebro y las manos.

Lo mismo que el cerebro, las manos no deben permanecer inactivas ni sin la correspondiente educación. El hombre que mantiene activas a sus manos, está contribuyendo en el fondo a mantener activa la inteligencia de su cerebro, porque quien las ejercita para convertir los objetos que lo rodean en cosas útiles pone en movimiento no sólo a sus músculos, sino también a su inteligencia, su lógica y su buen sentido, por la obligación que contraen estas funciones de proveerlas de los datos útiles para la proporcionalidad y justas medidas que aquéllos requieren para ser realmente eficaces y susceptibles de perfeccionamiento.

Es evidente que el hombre tiene la obligación de velar por el desarrollo armónico de todos sus órganos. De eso depende, en última instancia, su equilibrio pisiquico y toda su salud.—J. RIVERA.

LLAMAS, E.—«ENFERMEDADES DE LOS NERVIOS FACIALES.» *(Diseases of the facial nerves.) «Philippine Journal of Surgery and Surgical Specialties», vol. 14, núm. 2, páginas 83-97, marzo-abril 1959. Malina.*

El autor hace un amplio estudio del nervio facial y sus distintas ramas. Se ocupa después de la etiología y clasificación de la parálisis facial, según el nervio sea lesionado en los distintos lugares de su trayecto, de los diferents síndromes ocasiones por lesiones de este nervio, del diagnóstico, del tratamiento (médico y quirúrgico) y de la rehabilitación del enfermo.—J. RIVERA.

PEDIATRÍA

RIBÓ, J. — «LA PATOLOGÍA DEL CAVUM DEL LACTANTE. (SU DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO).» *«La Semana Médica», páginas 385-390, tomo 114, núm. 13, marzo 1959. Buenos Aires.*

Dice el autor que al hablar del cávum nasofaríngeo en el lactante hay que referirse forzosamente a la amígdala de Luschka, cuya patología es la causante directa de la mayoría de los procesos de las vías aéreas superiores y de la vecindad, al igual que de una gran cantidad de procesos a distancia. Esta zona es la encrucijada de casi toda la patología del niño y la culpable directa de muchos procesos del adulto, que no tratados en el lactante se hacen luego irreversibles.

Describe la anatomía de esta región en el lactante, deduciendo que hay una predisposición natural a la obstrucción respiratoria y a la diseminación de vecindad de la infección, dada la pequeñez de las coanas y la forma breve y horizontal del cávum.

Estudia a continuación la fisiología y patología, caracterizándose ésta por inquietud, ruido al mamar o dormir, mucosidad purulenta en fauces o en fosas nasales. Suele haber faringitis, con enrojecimiento difuso de la pared posterior faríngea o de los pilares. La fiebre se presenta bajo aspectos muy variados. Puede haber vómitos y diarrea. Crisis de cianosis o asfixia por aspiración de la base de la lengua o por espasmo de la glotis. Hipoacusia y otitis por la obstrucción tubárica.

El diagnóstico es difícil. El método ideal es el estudio radiográfico simple, de perfil, sujeto acostado con la cabeza en ligera deflexión. Se observa un estrangulamiento de la columna aérea existente normalmente entre las paredes anterior y postero-superior.

El tratamiento consiste en mantener permeable el canal aéreo, eliminando las causas que impidan el paso normal del aire por vía nasofaríngea: gotas nasales descongestivas con soluciones débiles de efedrina y argirol, antibióticos (mezcla de penicilina, estreptomicina y sulfamidas). En la obstrucción intensa se hace expresión de adenoides por vía nasal según Franchini: estilete recto de calibre mediano en cuya extremidad con rosca, se fija un pequeño trozo de algodón embebido en una solución antiséptica. Se introduce uno en cada fosa nasal, se les hace progresar rasando el piso hasta llegar al cávum, donde se efectúa un masaje con una presión constante, pero sin brusquedad, que rompe las trabéculas linfoideas, después de lo cual se eliminan con una pera de goma las mucosidades existentes en el cávum y las fosas nasales.

Cuando hay accidentes infecciosos locales, generales o de vecindad, o cuando la obstrucción es muy intensa, comprobándose la presencia de una masa adenoidea grande, está indicada la adenoidectomía a cualquier edad, que restablecerá la fisiología normal de la zona.—J. RIVERA.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 404 - TOMO LXVIII
NOVIEMBRE 1959
ACADEMIAS Y SOCIEDADES

CURSO DE 1958 - 1959

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

(SECCIÓN DEL EBRO)

SESIÓN DEL DÍA 6 DE NOVIEMBRE DE 1958

Presidencia: D. Ricardo Horno Liria, acompañado del Presidente de la Real Academia de Medicina, Dr. D. Francisco Oliver Rubio, y del Viecpresidente del Colegio Oficial de Médicos, Dr. D. Francisco Trinchán Sánchez.

RAMÓN ABELLÓ, P.—Comienza el acto dando lectura a la *Memoria de Secretaría,* con las siguientes palabras:

PARA dar cumplimiento al artículo 10 del Reglamento de la *Sociedad Ginecológica Española,* vamos a hacer una breve reseña de las actividades desarrolladas en el pasado curso por nuestra Sección del Ebro.

Comenzó el curso el día 28 de noviembre, celebrándose la sesión inaugural bajo la presidencia de don Ricardo Horno, el cual dirigió unas palabras de saludo a los socios y de estímulo para seguir trabajando en pro de nuestra Sociedad. A continuación dio lectura a la memoria correspondiente al año anterior el secretario, doctor Ricardo Savirón.

El doctor Lorén Esteban pronunció la conferencia inaugural con el tema «Enfermedad de Werlhoff y embarazo», cerrando el acto el presidente, doctor Horno, con unas aportaciones al tema objeto de la conferencia, y terminó declarando abierto el curso 1957-58.

La segunda sesión se celebró el día 21 de diciembre. En ella, después de unas palabras del presidente, doctor Ricardo Horno, para dar cuenta de acontecimientos relacionados con la especialidad, presentó una comunicación el doctor Delgado Serrano, sobre «Estado actual del uso de la versión interna». Al final de la comunicación, que resultó muy interesante, intervinieron los socios doctores Ibáñez, Faro Moreno, Teixeira, Savirón y Ricardo Horno, cerrando el acto.

La tercera sesión se celebró el día 21 de enero de 1958. Presidió el doctor Ricardo Horno, el cual dirigió unas palabras de salutación y agradecimiento al profesor doctor Manuel Suárez Perdiguero, por haber aceptado la invitación, honrándonos al ser el conferenciante del día.

El doctor Suárez habló sobre «El problema de las disgenesias gonadales», presentando dos casos por él tratados de esta enfermedad y haciendo un completo estudio de la llamada enfermedad de Turner, sobre la cual ha realizado él brillantes y originales investigaciones. Fue muy aplaudido.

La cuarta sesión se celebró el día 27 de febrero. En ella, el doctor Roncalés y el doctor Teixeira ocuparon la tribuna para dar cuenta, el primero, de las conclusiones de la Mesa de Discusión sobre «El parto sin dolor», de la reunión celebrada en Málaga por la Sociedad Ginecológica Española. El doctor Teixeira fue encargado de informar sobre la ponencia «Diagnóstico precoz del cáncer cervical», de la misma reunión de Málaga.

En la sesión correspondiente al 24 de abril presentaron una comunicación los doctores Celma Delgado y Chacón, sobre «Androblastoma gigante del ovario», presentando un caso tratado en el Servicio de Cirugía del doctor Faro Moreno, del Hospital Militar. Estos autores realizaron un acabado y minucioso estudio de esta tumoración, tan poco frecuente.

Intervinieron en la discusión del caso clínico presentado los doctores Faro, Savirón, García Julián, Lorén, Ibáñez y Ricardo Horno.

Durante este curso se celebraron varias sesiones de cine médico en el salón de los Laboratorios Casen, sesiones organizadas y ofrecidas por su director, don Pedro Luis Roncalés. En ellas presenciamos la proyección de interesantes películas sobre cirugía ginecológica y otros temas médicos. Esta Sociedad da las gracias a don P. L. Roncalés por las atenciones que para con ella tiene.

El día 7 de junio se celebró, bajo la presidencia del doctor Ricardo Horno, una junta general para efectuar la renovación de la Directiva, que hay que efectuar cada dos años, como ordena el artículo 6.º del Reglamento de la Sociedad. Al acto asistieron la casi totalidad de los socios. Se celebró una votación secreta para cada uno de los cargos, resultando elegidos por mayoría los siguientes socios:

Presidente: Ricardo Horno.
Vicepresidente: Luis Giménez González.
Secretario: Pedro Ramón Abelló.
Tesorero: José Rivera Ramos.
Vocal: Ramón Delgado Serrano.

Fue aprobada por unanimidad una propuesta del doctor Faro Moreno para que constase en acta el agradecimiento a la Directiva por la acertada labor desarrollada en su ejercicio.

A continuación, y bajo la presidencia del ilustrísimo señor don Ramón Celma, presidente del Colegio Oficial de Médicos, el profesor José Botella Llusiá, catedrático de Ginecología de la Universidad de Madrid y presidente de la Sociedad Ginecológica Española, pronunció la conferencia de clausura, sobre «Una campaña pro diagnóstico precoz del cáncer uterino». En ella, el profesor Botella, después de realizar un completo estudio del cáncer en sus estadios iniciales, trató en forma comparativa de la colpocitología, colpomicroscopia y biopsia, apuntando brillantes ideas para la orientación de una eficaz lucha contra el cáncer. Al final de su conferencia fue muy aplaudido.

Terminó el acto con unas palabras de agradecimiento de nuestro presidente al doctor Celma, por haberse dignado presidir la sesión, y al doctor Botella, por la magnífica lección desarrollada, con la cual daba fin el curso 1958-59.

Antes de terminar esta memoria, y como es preceptivo, vamos a dar las altas y bajas de socios:

Bajas: Ninguna.

Altas: Doctor César Ferrer Castán; doctor Julio Albea, de San Sebastián; doctor Angel Vila Ceballos, de Alcañiz, y doctor Narciso Piedrafita Ramón.

DELGADO SERRANO, R. — «PERSONALIZACIÓN MÉDICA: SIGNIFICADO HISTÓRICO-SOCIAL DEL ARTE Y SABER DEL MÉDICO Y SU VALOR FORMATIVO.»

TRAS unas palabras de justificación sobre la actualidad del tema, expone el comunicante la necesidad de analizar la actividad del médico en cuanto que es poseedor de un arte y una ciencia que cura o pretende curar seres humanos, estimados éstos como seres no exclusivamente biológicos, sino históricos. Para ello estima que debe adoptarse una visión teorética de la cuestión y alejarse de una actitud fuera del mito médico, viendo en el arte y en el saber del médico sentido y significado histórico-sociales peculiares.

Respecto al arte de curar, señala el sentido naturalista del médico griego, que, influído por una filosofía presocrática y platónica, tenía un sentido de disarmonía o dismetría y un significado enteramente político-social, contrastando con la postura teocrática de los pueblos asirios, babilónicos y semíticos. Hace resaltar a continuación la transformación radical después del advenimiento del cristianismo, de aspectos naturales y esencias sobrenaturales, que hicieron inevitables la consideración de fines fraternos y caritativos y el enfrentamiento indudable de la intimidad del hombre por el médico y la cultura, posteriormente. Pasa revista a diferentes aspectos o enfoques de esa intimidad (moral o agustiniana, catartática o rousseauniana y psicológica, con esquema naturalizado por Freud) y el influjo ejercido por tal consideración de la intimidad humana en orientaciones psicológicas y psicoterapéuticas, que obligan al médico a restablecer equilibrio espiritual en el enfermo afectado por una enfermedad somática, psíquica o psicosomática. Estudia el dolor del hombre como dolor físico, dolor histórico o social y dolor de intimidad. Tras su desarrollo, concluye que el objetivo que el médico tiene al enfrentarse con el semejante enfermo consiste en: restablecer la salud física, cumplir un fin social y completar un fin psicológico de amplios matices espirituales (paz y tranquilidad en el mismo enfermo). Insiste en que el médico hizo o verificó siempre «medicina social» consustancial con su ejercicio vocacional.

Refiriéndose al significado del saber del médico, estimando éste ciencia natural en términos relativos, señala que «objetividad» e «interpretación» de hechos observados o experimentados son los medios por los que se alcanza el conocimiento científico de la Medicina.

Pero en su formación, se ha visto influído por reflejos de diferentes culturas, movimientos o doctrinas filosóficas, produciendo pensamientos históricos distintos, que hayan tenido que variar, ante todo, los conceptos del «enfermar del hombre» y sus aplicaciones curativas. Y basándose en ello hace hincapié en un proceso histórico, evolutivo, médico y filosófico, que va desde la Medicina hipocrática, pasando por la medieval, renacentista, empirista y abstractiva, romántica, mecanicis-

ta o positivista (con sus derivaciones anatomopatológicas, bacteriológicas, fisiopatológicas), creadora de una Medicina etiológica, que de una manera lenta y progresiva, con camino inexorable y lógico, estimando la unidad del ser humano, aboca a la patología constitucional con bases vitalistas, que con el influjo de Bergson y de neurólogos, del fenómeno científico de Freud y de transpormaciones sociales, hizo encarar a la Medicina con aspectos neuróticos y psicóticos del hombre que padece males orgánicos evidentes o mínimos, originando una patología personalista o de personalismo médico, para la que vida, existencia y personalidad del hombre han de ser estimados, considerando no tan sólo la causa de la enfermedad y su dinamismo natural, sino la situación y sentido histórico-personales del hombre que enferma. Ello, no hay duda, rehumaniza y valora el papel del médico y su saber.

En su última parte estudia el influjo de motivos políticos, sociales y económicos en la producción de una patología social que ha de influir sobre la personalidad del hombre, como ser personal y semejante o prójimo. Hace una reseña histórica sobre la génesis, desarrollo y producción de las características del hombre moderno, deduciendo que sus cualidades naturales y psicológicas, alterando su personalidad, han afectado a la sociedad en cuanto ésta es la suma de distintas unidades humanas. Panorama que el médico no puede ignorar o adoptar ante aquél postura de inhibición, porque al fin y al cabo los efectos de tecnificación y socialización médica le han afectado obligatoriamente en cuanto que el médico participa de ciencia y de técnica. Pero, a pesar de todo, debe el médico evitar, con un concepto claro de su actividad, una planificación espiritual de su trabajo que en ningún momento podrá dejar de ser vocacional y no trabajo-cadena, precisamente porque sus fines son auténticos aunque estamentos sociales o políticos tengan que variar. De ahí la importancia de considerar socialmente la necesidad de una perfección que no se alcanza únicamente con una formación materialista ni exclusivamente existencialista, sino pensando en cierta filosofía esencial. De todo ello participa el médico en su saber, que adquiere por su especial papel en la Historia la categoría de un perfilador del modo de ser y actuar del hombre en toda época y que en relación con la que vivimos debe tener conocimiento de esta realidad del hombre de hoy, que, beneficiado de los progresos de una técnica maravillosa, comienza a experimentar desengaños. De ahí la necesidad de que, siendo médicos técnicos, háyase de ser humano, en cuanto el hombre busca coexistencia y amor con el prójimo o semejante. Indudablemente que esos efectos no se notan por las características de cosificación o masificación social aún existente, porque la conciencia social cristiana no se ha adquirido, a pesar del inevitable proceso de nivelación económica. Por eso el médico debe evitar una masificación y una planificación espiritual, porque no es bárbaro ni hereje: es, ante todo, *hombre* y *prójimo*, y es esto lo que una auténtica actividad médica personal demostrará en todo momento, y la sociedad y estamentos deben comprender.

HORNO LIRIA, R.

ANTES de poner fin con mis palabras a esta conferencia inaugural, con la que tan brillantemente iniciamos las tareas del curso actual, quiero expresar la satisfacción con que hemos escuchado la disertación magnífica de nuestro compañero y consocio doctor Delgado Serrano, que con tan acertadas y elocuentes palabras ha puesto de manifiesto el valor formativo de la personalidad médica para el acertado desempeño de su labor, en la que nuestra especialidad es una de las ramas que más necesita de la capacidad humana y social del médico. Estoy seguro que todos hemos obtenido de sus palabras interesantes y provechosas enseñanzas.

Por primera vez, después de cinco años de labor ininterrumpida, hemos reunido en torno a esta mesa a las distinguidas personalidades que dirigen oficialmente la Sanidad y la Enseñanza. En nombre de todos, y en especial de la Junta Directiva, quiero agradecerles públicamente su amable asistencia a este acto.

A vosotros también agradezco vuestra concurrencia y espero igualmente vuestra asistencia y cooperación entusiasta en las tareas del curso que acabamos de comenzar y que desde este momento declaro oficialmente abierto.

SESIÓN DEL DÍA 6 DE DICIEMBRE DE 1958

Presidencia: D. Ricardo Horno Liria

HORNO LIRIA, R.—Abre la sesión para hacer la presentación del conferenciante, con las siguientes palabras:

ES una satisfacción y un honor para mí el poder presentaros en nuestras periódicas reuniones a las figuras más destacadas de la Ginecología nacional.

Entre ellas, Emilio Gil Vernet es una personalidad ilustre: por su apellido, por la obra científica realizada y por su magisterio.

Por su nombre, por estar vinculado estrechamente al campo de la Urología clínica, Por la labor realizada, por tener publicados numerosos artículos y libros, bien conocidos por todos vosotros, entre los que destacan sus estudios sobre placenta, toxemia gravídica, tuberculosis genital, tumores ováricos funcionantes, incontinencia urinaria y dolor en ginecología; obras en la que aúna un completo conocimiento y una gran experiencia personal. En cuanto a su magisterio: treinta años de labor clínica universitaria, suponen un buen acervo para cualquier persona. Por si todos estos títulos no fueran suficientes para recibir con satisfacción en nuestra Sociedad al doctor Gil Vernet, habría que añadir su profundo entusiasmo por Zaragoza y el interés con que ve siempre nuestras empresas.

Nacido en la provincia de Tarragona, estudió y se licenció en la Universidad de Barcelona, siendo interno del Hospital de San Pablo y jefe clínico del Servicio de Urología femenina de la Facultad de Medicina. Más tarde amplió y perfeccionó sus estudios clínicos en Berlín, junto a un clásico maestro de la Ginecología, el profesor W. Stoeckel, y los de anatomía patológica, con Robert Meyer, y más tarde aquí, junto al profesor Sánchez Lucas, actuando después como docente en la auxiliaría de cátedra del profesor Usandizaga durante diez años.

Era, pues, una realidad y una esperanza. La realidad la daban sus treinta años de intensa formación en el estudio e investigación seria, que rodeaban su personalidad con ese halo o marco de respeto que acompaña a los hombres intelectualmente sobresalientes. La esperanza, a que autorizaban esas condiciones, unidas a una tenaz voluntad y a un carácter íntegro, recibieron por fin el espaldarazo oficial con la adjudicación, en reñida oposición, de la cátedra que ahora desempeña dignamente.

El tema de que nos va a hablar tiene un gran interés histológico, clínico y social, y en él ha realizado investigaciones personalísimas, que va a resumir, sobre cáncer intra-epitelial.

Al darle hoy la bienvenida, queremos expresarle nuestro homenaje cordial a su relevante personalidad científica, nuestro saludo a la Facultad de Barcelona y nuestra gratitud al amigo, por su amable correspondencia a esta invitación para escucharle esta tarde.

GIL VERNET, E.—«BASES DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE LA PORTIO.»

TRAS unas sentidas palabras de gratitud y de saludo, hace un estudio evolutivo del tratamiento del cáncer del cuello uterino y llega a la conclusión de que la base fundamental para el tratamiento de aquella afección es un diagnóstico precoz.

Resalta la importancia de las alteraciones epiteliales atípicas del cuello de útero a partir de las cuales se puede desarrollar el carcinoma intra-epitelial o pre-invasivo, cuya extirpación en esta fase representa la cura-



ción de esta grave enfermedad, máxime teniendo en cuenta que a partir del carcinoma intra-epitelial se desarrolla el cáncer invasivo, lo cual representa un grave riesgo para la enferma.

Describe con minuciosidad las características propias de estas alteraciones epiteliales atípicas y del carcinoma intraepitelial, lo que permite llevarnos a su diagnóstico y con ello a la terapéutica eficaz para su tratamiento.

En el curso de su conferencia proyectó interesantes y numerosas microfotografías, todas originales, debidas a sus investigaciones con el personal asistente a su clínica, y muy demostrativas de lo expuesto, siendo al final largamente aplaudido por los asistentes al acto.

SESIÓN DEL DÍA 20 DE ENERO DE 1959

Proyección de films científicos

EN este día, el director técnico de los Laboratorios Casén, don Pedro Luis Roncalés, invitó a los señores miembros de la Sociedad Ginecológica a la proyección de diversas películas científicas, entre ellas las dedicadas a *Cuidados y atención del niño prematuro*, a *Instrucción y cuidados prenatales* y otros cortometrajes y documentales de interés.

En el intermedio fueron atendidos por el personal de la casa, con la amabilidad y esplendidez ya proverbiales, quedando suma-

mente complacidos los asistentes por el interés del programa presenciado y las atenciones recibidas.

Sesión del día 28 de enero de 1959

Presidencia: D. Ricardo Horno Liria

El presidente abrió la sesión dando cuenta de los acontecimientos más importantes acaecidos en el plazo de tiempo transcurrido desde la última sesión, como son la inauguración del curso de la Sociedad Ginecológica Española, en Madrid; el coloquio sobre «Moniliasis» celebrado en la Escuela Nacional de Sanidad, y las próximas reuniones internacionales, que en este año han de celebrarse: en Valencia, en los primeros días de mayo, y en Amsterdam, del 7 al 13 de junio, invitando a los señores asociados a participar con sus trabajos y asistencia. Terminó pidiendo constase en acta el sentimiento de esta Sociedad por el fallecimiento, en Santiago de Compostela, del profesor Martínez de la Riva, y por el de los profesores Andèrodias, de Bordeaux, y Rubin, de los Estados Unidos, cuya semblanza científica trazó brevemente.

Seguidamente expuso el motivo de la reunión, para cambiar impresiones con objeto de llegar a un acuerdo sobre la forma de desarrollarse las sesiones futuras.

Intervinieron los siguientes asociados:

Faro Moreno.—Proponiendo que las sesiones se hagan tipo seminario.

Giménez González, L.—Abunda en la misma opinión, sumándose a este criterio, recomendando también el hacer revisiones de conjunto sobre temas generales.

Delgado Serrano, R.—Opina que se deben abordar los siguientes problemas: 1.º Defensa de los intereses profesionales, en lo técnico y en lo social. 2.º Intensificar y popularizar la campaña contra la esterilidad femenina. 3.º Propugnar la descentralización de los centros maternales de urgencia y creación de otros. 4.º Tratar de la lucha contra el cáncer por el S. O. E., etc.

Roncalés, M.—Cree se debían estudiar normas de reestructuración del S. O. E., incluyendo a la especialidad en la categoría superior.

A continuación se apuntan algunos temas por los distintos asistentes, para ser tratados en las sucesivas reuniones mensuales, acordándose que en lugar de celebrarse los jueves, como venía haciéndose hasta ahora, sea el último miércoles del mes, por mayor comodidad para varios asociados.

Sesión del día 25 de febrero de 1959

Presidencia: D. Ricardo Horno Liria

RAMÓN VINÓS, A.—«Hemorragias fatales en el parto. Afibrinogenia. Fibrinólisis. Anticoagulantes en la sangre.» (*)

Tras hacer unas consideraciones generales sobre la coagulación de la sangre y sus trastornos, presenta tres casos de hemorragias masivas en el parto.

La historia clínica del primero es la de una apoplejía úteroplacentaria, completada con un minucioso estudio histológico del útero. El segundo caso es el de una supuesta fibrinólisis provocada por retención prolongada, dentro del útero, de un feto muerto. El tercero es un caso de una fibrinólisis demostrada hematológicamente en el parto de una enferma de toxemia gravídica y feto muerto.

Respecto a la terapéutica, en la gran mayoría de estos casos es suficiente para su tratamiento: la amniotomía, la transfusión de sangre y la administración de fibrinógeno para dominar la hemorragia.

La cesárea abdominal debe practicarse atendiendo a las indicaciones generales en la Obstetricia, y la histerectomía, sólo en casos muy excepcionales.

Sesión del día 21 de marzo de 1959

Presidencia: D. Ricardo Horno Liria

IBÁÑEZ RAMÓN, M.—«Rotura silenciosa de útero en cesárea anterior. Presentación de un caso personal.»

Aporta a la consideración de todos un caso tratado por él de esta complicación obstétrica de la rotura silenciosa del útero en mujer anteriormente cesareada, haciendo ver cómo después de esta intervención, y siendo escaso el tiempo transcurrido entre ésta y el nuevo embarazo, sobre todo si el postoperatorio es febril, pueden ocurrir estos accidentes de rotura uterina, que se manifiestan sin sintomatología aparente o muy escasa, y que, naturalmente, complican todavía más la asistencia obstétrica.

Después de presentar la historia clínica del caso, estudia las causas generales originarias de rotura uterina, haciendo resaltar que sus posibilidades aumentan cuando el nuevo embarazo se presenta antes del año y medio de la intervención anterior.

(*) Publicado completo en Clínica y Laboratorio, núm. 403, págs. 241-252, octubre 1959. Zaragoza.

Discusión

Vicente Carceller, M.—Se refiere a otro caso de rotura espontánea de útero, en una mujer que había sido cesareada en su parto anterior, y que fue presentado en la Real Academia de Medicina, en la sesión del 10 de febrero de 1932, con el título: «Un caso tocológico de interés».

Esta enferma presentaba un cuadro con abdomen globoso, duro, timpanizado, con epigastrio muy abultado y pasando la noche anterior muy agitada, con temperatura de 37'4 grados y 108 pulsaciones; fenómenos de reacción peritoneal discretos, con un embarazo de término, con antecedentes de cesárea en su parto anterior, apendicectomía y drenaje de Mickulitz.

A la intervención apareció ocupando todo el campo operatorio una membrana tensa (como la membrana de un quiste) y translúcida, en forma de saco, que contenía un líquido sanguinolento; este saco estaba totalmente libre de adherencias; era el saco ovular completo, del cual se extrajo un feto de término (dio 4.500 gramos de peso y 51 centímetros de longitud), macerado, hidrocéfalo, con un cordón grueso y rojizo; el feto estaba en S. I. D. P. Buscada la placenta, se la encontró en fosa ilíaca derecha; era grande y muy lobulada. Todo esto nos hizo pensar en un embarazo abdominal secundario de origen tubárico; mas no era así. Una vez limpia la cavidad abdominal, encontramos el útero abierto totalmente por el sitio de la cicatriz de la anterior cesárea (había sido una cesárea clásica), dando el aspecto de una papeleta cuyas dimensiones eran (medidas que corresponden a la pieza extraída por histerectomía) unos 5 centímetros por la cara anterior y 8 a 10 centímetros por su cara posterior.

En la historia, ni en el curso de la gestación ni en su final hubo el menor traumatismo que pudiera ser responsable etiológicamente; así, pues, tenía que clasificarse en el grupo de las roturas de útero espontáneas y completas.

Los datos estadísticos sobre frecuencia oscilan entre límites muy amplios, y se comprende que así sea, según se incluyan todos los partos o solamente los hospitalizados, y no es de extrañar que mientras Maygrier y A. Schwaab y Rudaux dan una proporción de una o dos roturas por cada tres mil partos, Stoeckel dé datos tan dispares, con una rotura por cada doscientos treinta y cinco partos, y a continuación nos dé el dato de una rotura por cada seis mil cien partos. Reuniendo estos tres datos estadísticos obtenemos una media proporcional de una rotura por cada tres mil ciento doce partos.

Más interesante que estas estadísticas globales es la clasificación que hace Fritch, que con un total de quinientos casos de rotura pudo comprobar que trescientos ochenta y ocho fueron por pelvis estrecha, cuarenta y cinco por hidrocéfalo y cincuenta por presentación de hombro encajado en pelvis amplias, y en diecisiete casos no pudo encontrar motivo determinado. En estos diecisiete casos, que representan un 3'4 por ciento, estarían comprendidos, además de otros casos indeterminados, todos los casos de rotura espontánea; pero aun suponiendo que este 3'4 por ciento fueran todos de rotura espontánea, trasladando este dato a la frecuencia general de rotura que antes hemos señalado, o sea, una por cada tres mil ciento doce partos, nos da una rotura espontánea por cada noventa y un mil quinientos veintiséis partos.

La enferma que dio motivo para esta comunicación a la Academia de Medicina de Zaragoza fue operada por el doctor Ricardo Horno Alcorta, en cuya intervención actué como colaborador.

Horno Liria, R.—Ratifica las palabras del doctor Vicente, acerca del caso referido, en el que también actuó en la operación, y hace algunas consideraciones sobre las causas que pueden dar lugar a cicatrización deficiente y a dehiscencias y roturas posteriores.

Al terminar, notifica el fallecimiento del doctor don Angel Mateo Tinao, familiar muy allegado del doctor Roncalés y persona muy apreciada en la ciudad por sus virtudes en el ejercicio profesional, haciendo que conste en acta el sentimiento de todos.

Sesión del día 11 de abril de 1959

Presidencia: D. Ricardo Horno Liria

Horno Liria, R.—Abre la sesión, dedicando unas palabras de presentación, saludo y gratitud a la conferenciante.

QUADRAS BORDES (M.ª Victoria y M.ª Luisa).—«Contribución al estudio del estado actual sobre la moniliasis en Ginecología.» (*)

Comienza haciendo un estudio de las afecciones causadas por ciertos hongos blastoporados, que atacan el revestimiento cutáneo y las mucosas, y cuyo conocimiento es antiguo, pudiendo en algunos casos permanecer como saprofitos durante toda la vida.

Describe después las vaginitis provocadas por el *Cándida albicáns*, sobre todo en aquellas pacientes que han sido previamente tratadas intensamente con antibióticos.

(*) Publicado íntegro en Clínica y Laboratorio, núm. 403, págs. 271-277, octubre 1959, Zaragoza.

Hace un estudio de estas afecciones, pasando revista a sus localizaciones principales y en particular a las de origen genital, describiendo su sintomatología y tratamiento, haciendo resaltar los buenos efectos conseguidos en curas locales con las soluciones de violeta de genciana al uno y dos por ciento, y con el uso de la Nistatina, no sólo por acción local, sino administrada por vía oral.

Señala que actualmente algunos laboratorios han introducido modificaciones para que al ser administrados ciertos antibióticos no se produzcan, o por lo menos se atenúen, los efectos secundarios que éstos determinan.

Discusión

Teixeira, E.—Afirma que en la frecuencia de los pruritos hoy día observados, una gran proporción corresponden en su etiología a las monilias, y señala su intensidad después de tratamientos con antibióticos.

Roncalés, M.—Señala que el tratamiento de la vaginitis por monilias debe hacerse a base de lavados y tópicos con iodo o con violeta de genciana, dando a la vez pequeñas y prolongadas dosis de estrógenos para aumentar la descamación vaginal y con ello el incremento normal de ácido láctico.

Las Obras Loscertales, J. M.ª—Pregunta los resultados que obtiene en el tratamiento de las leucorreas por tricomonas, así como medicación empleada en este tipo de leucorreas.

Hace referencia a la rebeldía de esta afección y pregunta a la ponente sobre su experiencia en uretritis masculinas por tricomonas.

Martínez Bazán, G.—Se refiere al favorable efecto terapéutico logrado con el empleo local de las soluciones de violeta de genciana y con la Nistatina, corroborando los datos expuestos por la conferenciante sobre estas molestas afecciones que cada día van generalizándose.

Oliver Rubio, F.—Se aprecia en el curso de los años cómo unas enfermedades se eclipsan y desaparecen, mientras otras nuevas van ocupando su puesto en la patología a medida que los medios terapéuticos actúan modificando el medio y el terreno. Eso sucede con el empleo de los antibióticos, causa principal de los procesos cuya descripción nos han trazado en esta comunicación.

Horno Liria, R.—Resalta la particular sintomatología de estos procesos, caracterizados principalmente: por el intenso prurito y escozor, la leucorrea abundante y persistente, y las molestias dolorosas en la relación conyugal.

Insiste en las complicaciones que produce, siempre enojosas, aunque no graves, y se refiere a los ensayos actuales de tratamiento oral de estas moniliasis. Terminando con unas palabras de felicitación a la disertante.

Rectificación:

Dra. Quadras, M.ª *Victoria.*—Agradece sinceramente la intervención de cuantos han participado con el comentario de su conferencia, y responde brevemente a las preguntas formuladas, ratificándose en las líneas generales expuestas en su disertación.

Sesión del día 23 de mayo de 1959

Presidencia: D. Luis Giménez González

RIVERA RAMOS, J. — «Tratamiento del dolor menstrual.»

El dolor menstrual es un síntoma que rara vez falta en la mujer. Es el dolor sin causa aparente, primario o funcional, el que nos interesa.

Se hacen unas consideraciones sobre etiopatogenia, sobre las que se extiende en detalle.

El tratamiento sintomático no nos satisface: atenuar o quitar el dolor para tener que volver a atenuarlo o quitarlo cada mes, no puede dejarnos complacidos.

En el tratamiento hormonal se señalan peligros e inconstancias, aparece como un tanto complicado y caro, incómodo y largo, por lo que suele ser abandonado.

El tratamiento quirúrgico tampoco soluciona definitivamente. La dilatación del cuello uterino en esta clase de enfermas, generalmente con integridad himeneal, tiene sus dificultades e inconvenientes. La operación de Cotte, efectuada sólo con este fin, nos dejaría muy mal si después de abrir el vientre el dolor no desapareciera.

El matrimonio en un remedio que en España no podemos recomendar. Creemos que el matrimonio es una mutua comprensión, primordialmente una comunión de almas, siendo la satisfacción sexual sólo algo secundario. Las gentes en nuestro país aún desconocen esto; van al matrimonio por tradición, y así suele salir. No podemos, en estas condiciones, recomendar el matrimonio para tratar el dolor menstrual; en el mejor de los casos, tal vez consiguiéramos curarlo, pero ¡a qué precio!

¿Serán los gestágenos el medicamento que acabe con el dolor menstrual? ¿Serán sólo un remedio circunstancial, pero más caro que los que hasta ahora teníamos?

Termina rogando a los compañeros presentes expongan sus conocimientos acerca de tan sugestivo tema.

Discusión

Ramón Vinós, A.—Dice que hay cuatro datos anatómicos adquiridos: 1.º Descenso del umbral para el dolor. 2.º Mediante la introducción de un balón de goma en el útero se ha comprobado en estas mujeres dismenorreicas una irregularidad y discordancia de las contracciones que actúan sobre el cuello uterino. 3.º Si se hace biopsia de endometrio se encuentra que prematuramente está en período de secreción y hasta de hipersecreción, o sea, que hay ovulación con gran actividad del cuerpo amarillo. No hay dolor, en cambio, en la falsa menstruación consecutiva a la deprivación por administración de estrógenos. 4.º Alteración del equilibrio simpático-parasimpático.

Tratamiento: Psicoterapia, ejercicio, hacer de todo antes y durante la menstruación, no esperarla. Largactil para elevar el umbral al dolor. Atropina para el espasmo. Interrumpir la ovulación administrando estrógenos durante veinte a veinticinco días; viene entonces la hemorragia por deprivación; no hay ovulación ni dolor; hacer esto un mes sí y otro no, y así estará seis meses sin molestias. La operación de Cotte fracasa porque hay dos o tres nervios y a veces un plexo. Se puede ver si va o no a dar resultado: se provoca un ciclo anovulatorio, y si el dolor persiste no se hace la operación porque no va a ser eficaz, y se envía al psiquíatra.

Soriano, C.—Piensa que se trata de perivisceritis, que no tienen tratamiento.

Delgado Serrano, R.—Cita un caso: menarquía a los 17 años, con un dolor intenso, vómitos durante cuatro días. Se trata con Largactil, luego Cetovister, y acaba su dolor y no vuelve a tener dismenorrea. Señala la dismenorrea de la mujer que no quiere tener hijos después de haberlos tenido, en la que se establece una endometriosis, castigo que la Naturaleza le impone.

Las Obras Loscertales, L.—Hace referencia a la rebeldía de la dismenorrea a los tratamientos, en algunas enfermas. Indica que por qué no emplear hialuronidasa por su efecto reblandecedor, en inyección en el cuello, o en vírgenes depositándola en el fondo de saco vaginal.

Manifiesta que ha obtenido resultados favorables en ocasiones, con la dilatación uterina y la aplicación de rayos infrarrojos.

Giménez González, L. — Desconocemos los mecanismos íntimos por los que se produce la dismenorrea. El gran número de técnicas y tratamientos existentes son buena prueba de ello.

Son muy frecuentes las dismenorreas en las jóvenes en las que acaba de instaurarse la menarquía, en las que probablemente no hay ovulación, por lo que no comparte la opinión de que tal síntoma sea debido a la misma.

También es frecuente la dismenorrea en las retroversiones uterinas, y, sin embargo, en otros casos con esta misma anormalidad de actitud uterina, las reglas son indoloras.

Nosotros tratamos las dismenorreas en úteros hipoplásicos con esttrógenos y progestógenos. En los casos restantes, con andrógenos.

Da su opinión sobre la razón de ser de los fracasos en la operacción de Cotte.

Sesión del día 23 de junio de 1959

Presidencia: D. Ricardo Horno Liria

HORNO LIRIA, R.—Después de unas palabras referentes al Congreso últimamente celebrado en Valencia, y en el que propuso al doctor Parache que viniese a poner término al curso actual, aleccionándonos con su palabra, traza una rápida semblanza de su figura científica y de su personalidad relevante, destacando sus profundos conocimientos en la especialidad y sus destacadas virtudes sociales, entre las que descuellan: su caballerosidad, modestia y laboriosidad infatigable.

Refiriéndose al tema a exponer, dijo que: hoy que tanto se menosprecian las operaciones tocológicas siempre vigentes, y que tienen sus indicaciones precisas, frente a una cómoda operatoria cada vez más amplia, hay que medir bien las ventajas e inconvenientes, valorando mucho el resultado de las operaciones tocúrgicas, no sólo respecto a la mortalidad, sino también a la morbilidad materna y fetal. Pues el límite entre lo normal y lo patológico no siempre es fácil de señalar, y ése es el gran problema.

Hay que tener formación obstétrica, criterio maternológico, experiencia clínica y dominio de sí mismo, y para esto hay que ser tan pediatra como tocólogo.

Terminó dando al doctor Parache la cordial bienvenida y concediéndole el uso de la palabra.

PARACHE GUILLÉN, E. — «Concepto actual de la obstetricia por vía vaginal.»

Después de unas palabras de agradecimiento por la invitación hecha a su persona para pronunciar esta conferencia final, pasó a desarrollar el tema.

De una manera brillante, en el curso de su disertación, pasó revista a la operatoria obstétrica vaginal durante estos últimos cincuenta años, comenzando con las *fetotomías*, práctica ya afortunadamente desaparecida, de-



bido a la mayor importancia que la vida fetal debe tener siempre, unido a la mejor asistencia al parto que hoy se realiza.

Hace mención de la frecuencia cada vez menor en la aplicación de la *versión interna*, que queda prácticamente reducida a la extracción del segundo gemelo en partos múltiples, o a la de aquellos fetos en posiciones oblicuas o transversas en condiciones muy favorables.

Trata de las *operaciones ampliatorias*, tanto de la pelvis ósea como del canal blando del parto, manifestando que si bien la sinfisiotomía está casi abandonada, las operaciones ampliadoras de partes blandas (perineotomías) han aumentado su frecuencia por su benignidad y la utilidad que proporcionan.

Después de aludir a la *provocación del parto*, que debe quedar reducida a la gestación prolongada y a algunos casos de enfermedad eritroblastósica fetal, pasó a tratar de las *aplicaciones del fórceps* y, dentro de ellas, concretamente del fórceps de Kjielland, por presentar, a su juicio, las máximas ventajas prácticas en cuanto a mejor presa, mayor facilidad de rotación y menor morbilidad materna y fetal.

Al final del curso de la disertación, atentamente seguida, fue muy aplaudido por la numerosa concurrencia que asistió al acto.

Como en años anteriores, los asociados se reunieron en el restaurante «Savoy», donde celebraron una cena de confraternidad que le fue ofrecida al doctor Parache, y con la cual se puso fin a las reuniones de este curso.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 404 - TOMO LXVIII
NOVIEMBRE 1959
SECCIÓN VARIA

SENTIDO DEONTOLÓGICO PROFESIONAL

POR EL

DR. MARIANO VICENTE CARCELLER

JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DE LA CRUZ ROJA ESPAÑOLA

ZARAGOZA

PARECE conveniente, y aun necesario, que un sentido deontológico influya en decisiones, orientaciones y normas de conducta en relación con la gran variedad de problemas profesionales, siendo necesario que el médico tenga la competencia suficiente para poder resolverlos íntegramente, como con toda razón ya insinuaba el profesor FERNANDO ENRÍQUEZ DE SALAMANCA el 18 de febrero de 1937 [1].

Esta necesidad se continúa sintiendo, es de todos los tiempos; pero, refiriéndonos a los actuales, que todos estamos viviendo, ya en 1941, y con ocasión de la celebración del centenario de su fundación, el Instituto Médico Valenciano (1841-1941) organizó un Curso Deontológico en el que se pronunciaron notables conferencias por algunos de sus más destacados miembros, conferencias que muy acertadamente fueron recogidas en un libro titulado *El pensamiento médico y moral profesional* [2], y en su primera página, a modo de introducción, puede leerse: «Que nadie extrañe que sintiera primeramente, antes que la renovación de unas tareas científicas, un intento de comprensión de nuestro problema en su totalidad. Porque nuestra guerra (nótese que este curso se celebró a poco de terminar la contienda) fue el resultado de una desvalorización (jerarquías truncadas, pérdida de sentido, materialización y deshumanización); surgió en nosotros la preocupación por el valor, el sentido y la moralidad... En este punto de coincidencia está, no sólo la recuperación del hombre cristiano, sino la autenticidad del médico. Más allá del relativismo de los Códigos, el ser esencialmente moral (la moral como savia del ser), y el médico en su plenitud de sentido y perfección. Este curso abre una brecha por donde no tan sólo cabe una preocupación, sino la posibilidad de resolver la crisis de la Medicina actual.»

Lo fundamental —dice el profesor JUAN J. LÓPEZ IBOR [3]— es poseer criterio o ser capaz de elaborarlo.

El doctor MARCO MERENCIANO [4] asegura su posición diciendo: «Navegando a la deriva de otras culturas, nos hemos ido descristianizando sin querer, y nuestro ser de católicos, de españoles y de médicos ha ido perdiendo peso específico. He aquí, pues, nuestra misión, fundamento de la moral del médico, de la moral eterna (pa-

---

Ponencia presentada a la «Academia Deontológica» de Zaragoza, en sesión celebrada el día 26 de abril de 1959.

labras siempre vigentes, aunque fueron pronunciadas y escritas en 1941). Cumplamos la Ley de Dios en su integridad y desaparecerán las preocupaciones deontológicas».

Añade que la Deontología es la ciencia del deber, y una casi angustiosa reflexión le inspiran los siguientes conceptos que se atreve a formular con significativas interrogantes:

¿Quién podrá, dada la extensión de los conocimientos médicos actuales, considerarse con ciencia suficiente para el ejercicio profesional?

¿Un examen meticuloso de conciencia no nos conduciría a muchos a renunciar al ejercicio de la Medicina?

Contra esta superabundancia de conocimientos nos hemos defendido amparándonos en una especialidad, y la técnica ha sido el refugio de todos los pecados de nuestra moderna civilización.

La especialización, que, en fin de cuentas, ha querido situarse en la cúspide de la jerarquía médica, porque el concepto de médico general está en decadencia; el especialista no debe ser más que un instrumento del médico general, y debemos esforzarnos por que el médico general sea el verdadero jerarca de la Medicina.

Es posible que el médico en pleno ejercicio de su profesión se diga: «Me equivoqué; no es éste el camino que debía elegir». Aquí la voluntad entra en acción y es la que ha de realizar la obra reintegradora del hombre-médico.

Al hombre racional no le basta con dejarse arrastrar; es él mismo quien ha de ser el escultor de su propia alma (MARCO MERENCIANO).

Recientemente, el profesor ANTONIO CASIELLO publica un trabajo [5], cuya lectura nos ha estimulado para la presente información, en el que habla de la necesidad de una adecuada orientación sexológica, aplaudiendo toda inquietud encaminada a estudiar y resolver este importante problema para el cual el médico no siempre está entrenado, ya que, en términos generales, puede decirse que a su paso por las aulas nunca oyó que se le tratara.

Anteriormente ya se apreciaba esta falta de entrenamiento y así lo expresaba el profesor RICARDO ROYO VILLANOVA en 1943, con ocasión del prólogo de un libro [6] en el que se lee lo siguiente, que él con su ingenio ponía en labios del autor: «...También sé que ha sido el único profesor que durante todo lo largo de nuestra carrera nos habló de moral médica, paramédica y para médicos. Sin lo que usted nos inculcó, glosando el juramento de Hipócrates, hubiéramos salido de las aulas completamente ayunos de toda espiritualidad».

Como puede apreciarse, son dos profesores universitarios, uno argentino y otro español, que, con una diferencia de dieciséis años, coinciden, casi usando las mismas palabras, en lamentarse de lo mismo, que es de una falta de preparación en los médicos, a la vez que sinceramente ponen de manifiesto sus causas, para estudiar y poder resolver íntegramente interesantes y acuciantes problemas claramente deontológicos en estrecha relación con el ejercicio de la profesión; y es que en las Universidades se enseñaba mucha doctrina, ciencia y técnica al médico en formación, y a éste todo podría parecerle lícito si no se le informaba a la vez de las directrices morales que sobre aquellos asuntos podían existir, como en pocas palabras sintetiza oportunamente el doctor MARCO MERENCIANO [4]: «En la ciencia hay demasiado para el objeto y demasiado poco para el alma».

En 1950 se inaugura en Colombia la Facultad de Medicina del Valle (Cali), y su rector, el doctor CARLOS ARTURO CABAL, al tratar de la misión de la Medicina en el mundo, desarrolló el tema de «Unión de la carne y el espíritu», que es un auténtico programa de Medicina psicosomática; de él entresacamos lo siguiente:

«Otro grande y portentoso hallazgo de la Medicina contemporánea es el haber sistematizado y proyectado sobre el plano integral de su actividad el nexo hondo y vital del cuerpo con el alma, las interreacciones de lo físico y lo moral. Ya desde antiguo se conocía este hecho fundamental; pero darle destacada y obligatoria vigencia es mérito indudable de la Medicina actual. Toda clase de auténticas manifestaciones puede esperar la Medicina del reencuentro con esta verdad ilustre cargada de tan valiosas y decisivas consecuencias... El médico no puede ser solamente un obrero de la salud; tiene que ser, además, un príncipe de las ideas y un creador de ilusiones y de motivos trascendentes... Se atiende al cuerpo porque dentro de él, en lo profundo de lo sustancial, mora el espíritu y palpita el alma, formando con él la unidad de la persona humana, que se proyecta hacia lo infinito» [7].

Las cosas han cambiado, por fortuna, y ya en la formación del médico se atiende a la ética y moral profesionales, y en este cambio favorable hay que reconocer la indudable y eficaz influencia que han tenido los propios médicos al manifestar sus inquietudes en sus escritos y en sus intervenciones en las Academias Deontológicas, en las que hallan adecuado eco las palabras de la Iglesia, ya sean a través de las sentencias de la Sagrada Penitenciaría de Roma al contestar a las preguntas que se le formulan, las decisiones de los Concilios o la autorizada voz de sus Pontífices; y son muchos los profesores que en sus conferencias, escritos, función docente e incluso en libros, siguen las orientaciones de la más depurada moral profesional.

Nadie se sienta excluído, pues la relación sería interminable y aun así pecaría de dolorosas e involuntarias omisiones, y solamente, por citar datos a nuestro alcance, queremos recordar a los profesores F. ENRÍQUEZ DE SALAMANCA, en su brillante conferencia *Aspectos médicos de la continencia sexual*, en la Academia Deontológica de Valladolid, el 15 de mayo de 1930; JOSÉ BOTELLA LLUSIÁ, que en sus escritos, conferencias, etc., no se olvida de las directrices morales; JESÚS GARCÍA ORCOYEN, que escribe en un libro [8] sobre el aborto: «Para el médico católico, el aborto (terapéutico) es siempre ilícito y en ningún caso podrá practicarlo, por oponerse el Derecho Natural y el Derecho Divino —*innocentem et justum non occides*—; nuestro criterio es oponerse a su práctica...»: FERNANDO CIVEIRA, que nos habló en la Academia Deontológica de Zaragoza, desarrollando con toda minuciosidad y competencia el tema de la Medicina psicosomática...

Todo este estado de inquietud, pletórico de entusiasmo y de fervor, lo sintetiza con toda valentía el activo e infatigable doctor C. FERNÁNDEZ RUIZ [9] con las siguientes frases: «Las consideraciones morales y religiosas nada importan a quienes no sean profunda y sinceramente católicos». «Es el Estado el único que, dictando una ley que remedie tan grave mal (se refiere a su campaña contra el aborto), tiene en la mano todos los resortes necesarios para obligar a su cumplimiento.» Aspiración ésta que culminó en la Ley de 24 de enero de 1941, para la protección de la natalidad, contra el aborto y propaganda anticoncepcional, aparecida en el «B. O. del E.» número 33, de 2 de febrero de 1941, en la que, entre otras cosas, se declaraba punible todo aborto que no sea espontáneo, y se dictan sanciones para los que intervengan directamente en su provocación, sanciones que alcanzan también a las personas que consientan el aborto, incluso a los padres de la mujer embarazada.

Es digno de destacar que estas inquietudes y preocupaciones van teniendo un carácter cada vez más amplio, al apreciar que no sólo es en España, con su manifiesta sumisión a la Cátedra de San Pedro, sino que también desde fuera de España nos llegan manifestaciones de acatamiento, y ahora ha sido la República Argentina,

concretamente de Rosario, y es el profesor titular de Clínica Médica, ANTONIO CASIELLO, el que alza su voz y pone su pluma al servicio de este gran ideal, publicando un trabajo ejemplar [5] nacido al estímulo de otro titulado *Necesidad y posible orientación de la Medicina sexológica*, aparecido en *Orientación Médica*, número 266, coincidiendo en la jerarquía e importancia que asigna al tema, en las manifestaciones que formula al observar la tendencia de eludir al enfermo sexual y en la necesidad de despertar y forjar la conciencia profesional que capte toda la trascendencia médica de este magno problema y procure encauzarlo adecuadamente.

En todas las Academias Deontológicas se han tratado y se tratan todos estos temas con notables intervenciones (¡lástima que no se publiquen íntegras, a modo de memorias de fin de curso!); en algunas se ha podido notar algo de lo que hemos dicho anteriormente [10] al poner de manifiesto toda una serie de inquietudes sobre la licitud o ilicitud de determinadas técnicas. *

La razón principal que nos ha estimulado a plasmar todas estas reflexiones es, como hemos dicho, la lectura de un trabajo, la publicación de un profesor universitario, que constituye una magistral lección que resalta por su importancia, sinceridad y oportunidad, a la vez que ejemplaridad en franco contraste del materialismo actual.

Comentando en líneas generales el aludido artículo, su autor reconoce la existencia del enfermo sexual, y para evitar que siga *in crescendo* esa rama de la patología, y a modo de profilaxis en ese importante renglón de la Medicina —la sexología—, propone que nada mejor que una sencilla y veraz educación sexual a iniciarse en la primera infancia, para continuar en las sucesivas etapas de la vida, llegando al matrimonio sin agotarse todavía allí la influencia y las directrices médico-espirituales, ya que la vida conyugal no sólo no termina con los problemas sexológicos, sino que los plantea nuevos [11], creando situaciones imprevisibles que requieren imperiosamente aquella orientación para evitar la frustración de esperanzas, expectativas e ilusiones, con los consiguientes desengaños forjadores de conflictos que, si no se resuelven a tiempo, crearán en la vida de jóvenes parejas resentimientos que constituirán motivos de permanente y progresiva animosidad, con el lógico quebranto de la armonía, de la paz y del amor que se prometieron al unirse en el *sagrado* vínculo.

Subraya, deliberadamente, el autor el carácter sagrado del vínculo matrimonial, que lo eleva a la categoría de Sacramento, pues si así no fuera, únicamente tendría el carácter de simple contrato civil entre dos personas que se someten legalmente a él bajo determinadas condiciones que, en caso de no cumplirse a satisfacción de una de las partes, pudiera ser denunciado y disuelta la sociedad conyugal mediante trámites tribunalicios; si esto aceptáramos, poca importancia tendría la actividad orientadora del médico a que antes aludíamos; ésta, en efecto, debe ten-

---

* Publicaciones de la Academia Deontológica de Zaragoza:
«Vida de santidad de un médico contemporáneo», doctor R. CELMA, 1942.
«El médico, el pudor y la castidad», doctor A. MARÍN CORRALÉ, 1943.
«Meditaciones sobre la Maternidad Divina de María Santísima», doctor M. VICENTE Y CARCELLER, 1950.
«El certificado prematrimonial», doctora MARÍA LUISA GIRONZA, 1952.
«El médico católico en el medio rural», M. RABADÁN PINA, 1952.
«Moral y Medicina en nuestros días», doctor EDUARDO ESTELLA, 1953.
«Estudio apologético y médico sobre el sudor de sangre de Nuestro Señor Jesucristo», doctor ESTEBAN AZPEITIA, 1954.

der a formar y educar a los esposos, procurando solucionar los problemas que se planteen, con miras a la indisolubilidad, a la permanencia y no a la transitoriedad del matrimonio constituído para cumplir mutuos y recíprocos deberes entre las partes, a los efectos de alcanzar su último fin —la procreación y educación de los hijos— y no sólo la satisfacción sexual, que, con toda la importancia que tiene, es sólo medio dispuesto por el Creador para lograr aquel fin.

Siendo así el matrimonio, al cual naturalmente se sienten en general llamados el hombre y la mujer, salvo los casos tan respetables de vocación religiosa, alcanza su máxima jerarquía el asunto de la educación sexológica, que podríamos considerar como el problema de la educación de los jóvenes a efectos de capacitarlos convenientemente para afrontar con éxito la seria responsabilidad de formar un hogar. Esta formación, para que resulte cumplida y verdadera, no puede ser otra sino la preparación para la castidad, virtud ésta que se presupone y exige en la mujer —que de otra manera no sería honesta— y, en cambio, se subestima en el hombre, cuando no se la considera absurda o propia, en todo caso, de seres poco varoniles o sexualmente anormales.

Continúa con oportunas y atinadas observaciones y comentarios sobre asuntos tan importantes como la vigencia de la castidad, en la que se manifiesta con toda energía del siguiente modo: «No hay derecho, ni está nadie moralmente autorizado, a poner en duda la sinceridad, la honestidad y la probidad de legiones de hombres y mujeres que, a través de la Historia, y en nuestros días, abandonaron la vida mundana con todos sus halagos —y todas sus miserias— para dedicarse a obras beneméritas de caridad, con total renunciamiento a las apetencias sexuales y de la procreación; no puede ignorarse, por otra parte, que aun sin los altos ideales que sublimizan la actitud y la conducta de tales gentes, por motivos menos trascendentales, simplemente de carácter deportivo o atlético, hay quienes se someten, de buen o mal grado, a la castidad, aunque sea en forma periódica; y, finalmente, nadie podrá tener la osadía de desmentirnos o de poner en duda nuestra veracidad cuando recordamos —como afirmábamos, ante la expresión de sorpresa de nuestros discípulos— que personalmente hemos tenido el honor y la satisfacción de ser consultados, como lo han sido otros colegas, por muchachos en vísperas de nupcias, sobre normas sexuales en el matrimonio, es decir, que llegaban allí incontaminados, con la misma virginidad que descontaban, desde luego, en sus futuras esposas. Digamos, en fin, que han sido excelentes esposos y padres de familia.»

En relación con la importancia y posibilidad de la continencia, de la que ya se ocupó el profesor F. ENRÍQUEZ DE SALAMANCA [12] en una conferencia sobre *Aspectos médicos de la continencia sexual*, transcribimos los siguientes datos, que juzgamos de interés y que pueden servir de orientación en algunas discusiones que pueden plantearse sobre esta cuestión:

La Academia de Medicina francesa, en mayo de 1917, declaró: «Es necesario hacer saber a los jóvenes que la castidad no sólo es posible, sino recomendable e higiénica».

OESTERLEN, profesor de la Universidad de Tubinga, dice: «No se repetirá bastante que la abstinencia y la pureza más absolutas son perfectamente compatibles con las leyes fisiológicas y morales».

LEÓN BOALES, profesor del Colegio Real de Londres, dice: «La abstinencia no ha causado jamás perjuicio a hombre alguno, cuando ello ha sido efecto, no sólo de causas restrictivas externas, sino de una disciplina y una regla de conducta voluntaria».

FOREL, psiquíatra suizo, dice: «La castidad puede ser observada sin perjuicio para la salud».

KLARKE dice: «La continencia no hace ningún daño, no impide el desarrollo, aumenta la energía y activa la percepción».

SURBLED dice: «Los males de la incontinencia son conocidos e incontables; los que provoca la continencia son supuestos, imaginarios».

FERNÁNDEZ RUIZ dice: «La causa de las psiconeurosis hay que buscarla, no en la represión sexual, sino como tara neuropática».

Los hechos:

Existe una elocuente estadística hecha en Francia, que comprende de 1823 a 1843, de la que resulta que en ese período de tiempo murieron setecientos cincuenta sacerdotes en la diócesis de París; doscientos no llegaban a los 70 años; trescientos cincuenta y cuatro tenían de 60 a 70; ciento cuarenta y ocho pasaban de los 70, y setenta y siete, más de los 80. La longevidad media era de 65 años y superaba la de todos los grupos de ciudadanos de Francia dedicados a otras profesiones liberales.

Destaca el profesor argentino la sana influencia del médico, sobre todo del médico de familia —que ya va desapareciendo, lamentablemente—, en la orientación y en la solución de toda una serie de cuestiones vinculadas con el sexo, tanto en la niñez y en la juventud como en la vida matrimonial, y en este sentido encarece la necesidad de capacitar a los futuros médicos e interesar a los actuales en una sana orientación moral para colaborar en la solución adecuada de los problemas siempre candentes de la sexología; en este sentido dedica su atención a facetas tan interesantes como: la posición del médico en materia de educación sexológica; los padres, los maestros, los directores espirituales; necesidad de la formación moral para la educación sexológica; patología sexual y delincuencia...

Vamos a dar una ligera idea de algunos de los problemas sexológicos que más frecuentemente pueden presentarse al médico en su ejercicio profesional.

EL MATRIMONIO Y SUS PROBLEMAS

Su carta magna es la Encíclica de S. S. Pío XI «Casti Connubii» [13], en la que se definen todos los aspectos, facetas, normas morales y directrices cristianas en el matrimonio.

De todas las normas emanadas de la Iglesia se ha extraído suficiente doctrina y materia para muchas conferencias, como las que pronunció en diversas capitales de España el doctor RICARDO HORNO ALCORTA y que acertadamente reunió en un interesante libro [14]; insistiendo de nuevo en estos mismos temas, y con el título de *Medicina y matrimonio*, inauguró en Zaragoza las terceras Jornadas Médicas Españolas, que se celebraron los días 26 al 30 de septiembre de 1943; en estas mismas Jornadas Médicas, personalmente llevó la voz de la Academia Deontológica de Zaragoza, desarrollando el tema propuesto sobre *Directrices deontológicas contenidas en la Encíclica «Casti Connubii» sobre anticoncepcionales, abortismo y eugenesia* [15].

El 29 de octubre de 1951, S. S. Pío XII pronuncia un discurso a un numeroso grupo de comadronas agrupadas en la Unione Cattolica Italiana Ostetriche; este discurso, sobre *Moral y relaciones conyugales*, es de calificada importancia e interés, y se extiende a amplios sectores. En otra audiencia concedida el 28 de noviembre de 1951 al Congreso Nacional del «Frente de Familia» y de las familias numerosas, amplía y desarrolla todavía más algunas de las ideas anteriores. Los dos

discursos han sido publicados conjuntamente con el mismo título (*Moral y relaciones conyugales*) por Colección Ecclesia [16]. Estos discursos fueron objeto de las conferencias y ponencias de todo un curso en la Academia Deontológica de Zaragoza.

Es posible, casi seguro, que el matrimonio plantee los más diversos problemas que constituyen asuntos más discutidos, tanto en publicaciones como en intervenciones en todas las Academias Deontológicas, siendo muy de destacar un aspecto de importancia práctica: «Sexualidad y frigidez, cuestiones de principio», lo titula [11] el doctor F. LLAVERO, el cual expone su experiencia como psiquíatra-psicoterapeuta, por entender que es un padecimiento que cada vez se extiende más.

Su autor habla de las exageradas concepciones psicoanalíticas, destacando la importancia del desarrollo psíquico de la sexualidad, diciendo que es lenta y que en él interviene el resto de la personalidad, hasta que una vez integrada se convierte en un acontecimiento central y diferenciado. Aquí se puede originar una escisión psicofísica; piensa que empezamos a llegar a un aspecto importante del núcleo etiopatogénico de este trastorno (se refiere a la frigidez), que tanto puede repercutir en la vida conyugal y familiar, incluso en la convivencia social.

DIVORCIO

Refiriéndose concretamente al divorcio, Pío XI, en su Encíclica «Casti Connubii», dice: «Permanece en pie aquella Ley de Dios, única e irrefragable: «No separe el hombre lo que ha unido Dios», ley que no pueden anular ni los decretos de los hombres, ni las convenciones de los pueblos, ni la voluntad de ningún legislador. Que si el hombre llegare injustamente a separar lo que ha unido Dios, su acción sería completamente nula, pudiéndosele aplicar, en consecuencia, lo que el mismo Jesucristo aseguró con estas palabras tan claras: «Cualquiera que repudia a su mujer y se casa con otra, adultera; el que se casa con la repudiada del marido, adultera.»

Y estas palabras de Cristo se refieren a cualquier matrimonio, aun al solamente natural y legítimo, pues es propiedad de todo verdadero matrimonio su indisolubilidad, en virtud de la cual la solución del vínculo está fuera del beneplácito de las partes y de toda potestad secular.

No hemos de echar tampoco en olvido el juicio solemne en que el Concilio Tridentino anatematizó estas doctrinas: «Si alguno dijere que el vínculo matrimonial puede desatarse por razón de herejía, o de molesta cohabitación o de alguna ausencia afectada: sea anatema»; y «Si alguno dijera que yerra la Iglesia cuando en conformidad con la doctrina evangélica y apostólica, enseñó y enseña que no se puede desatar el vínculo matrimonial por razón de adulterio de uno de los cónyuges, y que ninguno de los dos, ni siquiera el inocente, que dio causa para el adulterio, puede contraer matrimonio mientras viva el otro cónyuge, y que adultera lo mismo el que después de repudiar a la adúltera se casa con otra, como la que después de repudiar a uno se casa con otro: sea anatema».

Luego si la Iglesia no erró ni yerra cuando enseñó y enseña estas cosas, evidentemente es cierto que no puede desatarse el vínculo ni aun en caso de adulterio, y cosa clara es que mucho menos valen y en absoluto se han de despreciar las otras tan fútiles razones que pueden y suelen alegarse como causa de los divorcios.

Por considerarlo interesante, deseamos traer aquí un original enfoque sobre el divorcio, originalidad que se refiere a la parte expositiva, puesto que en el fondo no es sino una demostración palpable y evidente de una absoluta comunión de

ideales y compenetración de pensamientos consecuentes de la mutua, leal y total entrega de los cónyuges españoles.

En 1947, en un seminario-coloquio en Zurich, le preguntaron al doctor F. LLAVERO [11]: «¿Puede usted decirnos, como español, a qué se debe que en España apenas existan divorcios?» Resumiendo, contestó: «Indudablemente, los principios de catolicismo son de gran significación para la conducta normativa del español; sin embargo, no en la medida de una inquisidora limitación de la libertad, como se piensa con frecuencia en otros países, sobre todo protestantes. Una prueba de ello fue lo que sucedió casi a modo de experimento en la época de la República, pues, estando permitido el divorcio, apenas se registraron separaciones; sólo se divorciaron aquellos matrimonios que en realidad siempre lo estuvieron. En los matrimonios españoles todavía existe en gran medida la fuerza de vinculación ética tradicional y amorosa de los que hablan, piensan y sienten de acuerdo con «nuestras» cosas, «nuestros» proyectos, «nuestras» preocupaciones, «nuestros» hijos... El poder disyuntivo y disolvente de «tus» cosas y «mis» cosas, como norma de convivencia racionalista, no ha alcanzado todavía, entre nosotros, la gravedad que se observa en otros países.»

La publicación del doctor ANTONIO CASIELLO se puede considerar como una llamada general que invita a recorrer y revisar otros campos de la Medicina, puesto que en Medicina no todo es sexualidad, y los problemas médicos relacionados con la moral pueden plantearse en otros terrenos, y conscientes de todo esto, queremos dedicar nuestra atención a algunos de ellos, que pueden tener y tienen, desde luego, gran importancia.

La dignidad del cuerpo humano: de gran importancia en relación con las técnicas médicas y médico-quirúrgicas.

La preeminencia del alma sobre el cuerpo: de extraordinario interés en Medicina psicosomática y en psicoanálisis, por existir la posibilidad de actualizar en la conciencia hechos ya olvidados y perdonados.

El dominio absoluto de Dios sobre la vida y el destino: por la importancia que pueden tener las enfermedades, el dolor y los sufrimientos como actos de reparación con miras a la vida sobrenatural.

Los derechos del niño antes de nacer: tan magníficamente tratados por el doctor G. CLEMENT, de Friburgo [17].

El médico ante el problema de la limitación de la natalidad: cuyo estudio hizo con gran acierto el doctor RAÚL DE GUCHTENEERE [18], así como el acortado libro *Conducta del médico frente al problema de la limitación de la natalidad,* que es una publicación colectiva del Seminario de Medicina Social del Instituto Católico de Estudios Sociales. (Premio Internacional Juan XXI, 1954. Barcelona.)

La técnica ante los problemas que afectan o pueden afectar a la personalidad: El peligro se acentúa cuando la responsabilidad del médico no sólo se diluye en la colectividad, sino que es sustituído por ésta. Este tema ha sido abordado por una Semana Social Francesa y publicado en dos números de los Cahiers Laennec (*L'experimentation humain en Mèdecine,* XII, 1 y 2, 1952).

El 14 de septiembre de 1952, Pío XII, dirigiéndose al Congreso Internacional de Histología del Sistema Nervioso, pronunció un discurso sobre *Los límites morales de los métodos de diagnóstico y de tratamiento,* y en él señala taxativamente las limitaciones morales. Este discurso ha dado origen a una excelente publicación del doctor IGNACIO BALAGUER-VINTRÓ [19], de la que se puede recoger que la gran conquista de la Medicina actual es la visión de conjunto del hombre con su cuádruple unidad psíquica, estructural, social y trascendente, hasta hacer

de la Medicina de hoy, en frase de RENÉ BIOT, «una ciencia de las relaciones de lo físico y lo moral».

Los principios que requiere la experimentación son: el interés de la ciencia, el bien del enfermo y el interés de la comunidad. El discurso del Papa es una conferencia científica dirigida a todos los hombres del mundo y en la que se discute exclusivamente con argumentos y principios del Derecho Natural y en la que se afirma que el principio de las limitaciones de orden moral en la experimntación arrancan de los derechos indiscutibles de la personalidad humana.

Sobre todo, insiste una vez más S. S. Pío XII, con su autorizada palabra, dirigiéndose a seiscientos hombres de ciencia de treinta nacionalidades, que celebraban en Roma una conferencia sobre Psicología aplicada, en abril de 1958: «Ahora se pretende invadir un mundo más sagrado: la vida íntima, subconsciente, del ser racional, por el empleo de narcóticos y drogas». Esto, que, según el Papa, constituye un punto discutido en el terreno de la psicoterapia, está considerado por los tribunales como una acción ilícita...; pero el hombre es una persona en cuyo fondo emocional laten complejos extraños e inéditos, donde pueden proyectarse sus semejantes, a los cuales nunca es lícito ofender ni en su profesión ni en su fama; contra estos abusos ha levantado Pío XII su voz: «Para que jamás el hombre pueda convertirse en medio de experimentación, a modo de conejillo de Indias, despreciando su voluntad, su dignidad o decencia o su libertad».

El médico ante la recepción de los Sacramentos: cuya doctrina, condiciones y circunstancias expone con toda autoridad el doctor LUIS ALONSO MUÑOYERRO [20] en un libro que todos los médicos deberían conocer. Una personal comunicación a la Academia Deontológica de Zaragoza, sobre *El médico y los últimos Sacramentos* [21].

El médico ante el dolor y la muerte: El doctor CARLOS ARTURO CABAL [7], en su discurso *Unión de la carne y el espíritu* (ya aludido anteriormente), dice: «El dolor y la enfermedad únicamente cobran valor si se reconoce que detrás hay una tristeza trascendental y se compromete el misterio de un destino humano. Cobran angustioso precio porque traducen una frustración, una inquietud, un desasosiego del hombre y un obstáculo para la perfecta realización de su último fin. Hay que saber que la carne no entristece y que sólo el hombre total es susceptible de melancolía. No pueden aislarse el dolor y la enfermedad del compuesto que los padece. Por ello el objeto fundamental de la Medicina no es apenas suprimir la enfermedad ni sedar el dolor, sino conseguir para el postrado el hondo consuelo y alzarlo de entre el penoso muro de su cuerpo lacerado y conducirlo a la alegría plena, que es conmoción del espíritu y altanero privilegio del alma, para que ya reconfortado y clausuradas sus heridas se impulse con nuevo vigor en la empresa colosal de su grave destino.

Morir, en éste o en aquel sentido, carecerá también de importancia, si por morir se entiende tan sólo la cesación de las funciones vitales. Pero morir es nacer de nuevo en el dominio de lo eterno, y si vivir es prepararse para este definitivo nacimiento, entonces encontramos de lleno la buscada clave. Porque así, restaurar la vida azotada por la enfermedad y aplazar la muerte significará crear para el paciente una oportunidad más a efectos de que alcance el nivel de perfección que requiere su entrada gozosa en la vida sin término.»

En otro orden de ideas, pueden plantear problemas: las *relaciones interprofesionales,* la *dicotomía,* el *charlatanismo.*

La responsabilidad médica: de la que hizo un detallado estudio el doctor ESTEBAN AZPEITIA [22], Hermano-Presidente que fue de esta Academia Deontológica y de la Hermandad, al desarrollar dicho tema en la ponencia de Zaragoza en la V Asamblea de la Federación de Hermandades, en Sevilla.

El *Código Colombiano de Moral Médica* fue estudiado, discutido y aprobado por la XII Asamblea General Ordinaria de la Federación Médica Colombiana, reunida en Manizales el 12 de agosto de 1954; de este Código, y referente a los deberes generales del médico, nos parece oportuno destacar en este momento lo siguientes:

Artículo 3.° — Los métodos que emplee el médico para obtener clientes deben ser siempre serios y honestos; en consecuencia, se prohibe:

a) Toda clase de publicaciones, como hojas, folletos, prospectos, carteles, anuncios escritos o hablados que se refieran a actividades profesionales.

b) Toda clase de insignias o placas que tengan aspecto o significación comercial.

c) Todo artículo y trabajo que tenga apariencia científica, pero que en el fondo estén orientados hacia una propaganda comercial.

Artículo 4.° — El médico debe evitar aquello que pueda hacerle sospechoso de charlatanerismo o que conduzca a engaño manifiesto o voluntario de la clientela, como sería:

a) La usurpación de títulos o el engaño y exageración sobre el valor y significado real de los que posee.

b) Las promesas de curación por procedimientos secretos propios o ajenos, los cuales no han sido estudiados o controlados de manera suficiente por autoridad científica competente.

Por su interés y novedad, y en relación manifiesta con el tema que tratamos, estimamos oportuno conocer una propuesta de la Academia Nacional de Medicina, acordada en sesión de Pleno celebrada el 17 de febrero de 1959, en relación con las noticias médicas que se difunden en la Prensa no médica, sobre *El sensacionalismo médico*; de esta propuesta, que se ha publicado íntegra en CLÍNICA Y LABORATORIO, de Zaragoza, número 396, de marzo de 1959, reproducimos el segundo punto; dice: «2.° El otro punto, más importante y delicado, a tratar es el referente al carácter lícito o ilícito de la propaganda que de su propia persona o de su actuación pueda hacer un profesional médico. En general, este problema se halla regulado por la Deontología médica y pertenece o debe pertenecer, en principio, a los Colegios Médicos. La Academia hace constar, sin embargo, que la propia complicación de la vida moderna, los medios de propaganda y de difusión, la propia avidez de noticias sensacionales por parte del público, etc., hacen que muchas veces también en este punto se rebasen las normas de la Deontología profesional. Por eso, en la mayoría de los países se ha creído conveniente que tales normas quedasen claramente especificadas en algunas regulaciones que obligan a todos los profesionales médicos. No hay que olvidar que tales propagandas y noticias, más que beneficiar, atentan al prestigio general de las corporaciones médicas y ejercen un efecto deletéreo sobre las nuevas generaciones médicas y sobre los estudiantes, que reciben una incitación a no seguir el buen camino en la consecución de su propio prestigio profesional. Por ello sería conveniente que también en España se estableciese una regulación sobre este punto. Tal regulación debería dictarla el Ministerio de la Gobernación a través de la Dirección General de Sanidad. Como se trata de normas que hay que establecer muy cuidadosamente, sería necesario un largo estudio previo por una comisión muy competente. Toda esta tarea corresponde de un modo más específico a los Colegios Médicos y a su organismo central, el Consejo de Colegios; pero la Academia puede ofrecer su colaboración en el intento de solución de este problema.»

También las Academias Deontológicas podrían tomar parte activa en la solución de este importante problema sobre sensacionalismo médico, pues está claro que entra de lleno en sus específicas actividades y hasta en su competencia.

El intrusismo: del que dice el doctor LÓPEZ IBOR [3] lo siguiente: «La técnica médica crece de una manera inconmensurable y ha ocurrido una inversión de valores que es necesario y urgente retocar. La técnica representa en Medicina, como en todas las otras esferas del hombre, una actividad supletoria, porque hay una escala de valores por encima de la técnica... Esta inversión de valores es la que superpone el arte técnico al juicio diagnóstico, que es, en definitiva, lo que vale. Y al médico que realiza esta inversión le produce extrañeza que uno cualquiera que no sea médico, o que es médico con menos preparación, se sienta tan buen médico como él porque posee cualquier técnica. De aquí deriva en buena parte el intrusismo. Y éste no es un fenómeno puro de la Medicina; esto es, en realidad, el problema del hombre moderno».

Todo esto se aprecia claramente en la actualidad al observar una verdadera psicosis quirúrgica, cada vez mayor, en el círculo de los acogidos a seguros sociales, y es como el resultado lógico de que ese público tiene más confianza en el acto operatorio que en cualquier otra actividad de la Medicina.

La evolución: Estimamos que la evolución es un problema puramente doctrinal, conceptual y, por consiguiente, de poca o nula repercusión en el ejercicio profesional; pero puede tener importancia en el terreno de la discusión, ya que cuando ésta se plantea parece ser que es el médico el que tenga casi la obligación de definir, y bueno será el conocer los términos en que ésta pueda plantearse.

Este problema surgió a la consideración de los hombres de ciencia hace cien años, cuando en 1859 CARLOS DARWIN publicó su libro *El origen de las especies*, si bien pueden considerarse como precedentes las ideas de JUAN LAMARCKQUE en su *Filosofía zoológica* (1809); fue el primero que expuso una verdadera teoría de la variabilidad y formación gradual de las especies. Se ve, pues, que el concepto darwiniano de la descendencia del hombre —que ha sido, podemos decir, el punto culminante que ha hecho conocer al vulgo la teoría de DARWIN— estaba ya claramente expresado en la doctrina evolucionista de LAMARCKQUE, que precedió en muchos años a la teoría de la descendencia (UMBERTO PIERANTONI, *Compendio de Biología*, 1943).

La aparición del libro de DARWIN hizo tambalear el famoso aforismo de LINNEO «Species tot sunt diversas quot diversas formas ab initio creavit infinitum Ens» y ha sido origen de un diluvio de publicaciones. De este problema se ocupó el doctor DIEGO DÍAZ DOMÍNGUEZ (*El médico católico ante el concepto materialista de la vida* [23]), ponente de Sevilla en la V Asamblea de la Federación de Hermandades, en Sevilla.

El 12 de agosto de 1950, el Papa Pío XII nos da a conocer su Encíclica *Humani generis*, en la que marca y encuadra los términos de toda discusión en el asunto de la evolución. Esta Encíclica ha sido objeto de un profundo libro [24] dirigido por el doctor ALBERT HARTMANN, de Francfort del Main (Sankt Georgen), con el título *Sujeción y libertad del pensamiento católico*, en cuyo final se reproduce la citada Encíclica. Este libro, escrito por profesores de diversas Facultades de Filosofía y Teología, y, por lo tanto, del más elevado magisterio propio

de la gran solvencia científica de sus autores, verdaderos especialistas, cada uno del tema que resuelve, analiza distintos puntos contenidos en la Encíclica, de los que en este momento nos interesa el que trata del origen filogenésico del hombre, que consta de dos partes, una desarrollada por el doctor PABLO OVERHAGE, sobre «Resultados de las ciencias naturales», y otra sobre «Puntos de vista teológicos», por el doctor JOSÉ LOOSEN; en éstas puede leerse: «En la Encíclica, S. S. se ocupa de la teoría del evolucionismo, según la cual el hombre procede, por su evolución filogenésica, de alguna especie irracional. Se permite esta interpretación, según palabras expresas del Papa Pío XII, restringiendo la teoría al origen exclusivo del cuerpo humano y a su evolución a partir de formas orgánicas inferiores. Pero hay que mantener como verdad de fe la creación inmediata del alma por Dios.

Una vez supuesta esta restricción, el magisterio de la Iglesia no prohibe que en investigaciones y disputas entre los hombres doctos de entrambos campos se trate de la doctrina del evolucionismo..., según el estado actual de las ciencias humanas y de la Sagrada Teología».

En la Encíclica se presta la debida atención a que existen hoy día científicos que explican el origen del cuerpo humano a partir de una forma del reino animal —explicación que no excluye *a priori*—; pero, a juicio del Papa, dicha opinión no pasa de ser todavía una hipótesis. El Papa censura a los que proceden como si el origen del cuerpo humano de una materia viva preexistente fuese ya absolumente cierto. El Papa nos advierte de que no tratemos esta cuestión «cual si no hubiese en las fuentes de la Revelación que exija su máxima moderación y cautela en esta materia»; fácilmente se comprende que se trata de la interpretación de los primeros capítulos del Génesis, cuyo tenor no favorece a la evolución del cuerpo humano de un organismo irracional.

Posteriormente, en el año 1957, el problema de la evolución ha sido nuevamente tratado por el profesor PEDRO LEONARDI, de la Universidad de Ferrara [25]. De su interesante y documentado trabajo destacamos lo siguiente, por su claridad, sensatez y sinceridad: «Lo primero que hay que aclarar es que la evolución no es ilimitada, que no es omnipotente, como creían los evolucionistas de la antigua escuela; que en los casos verdaderamente comprobados de series evolutivas, la evolución se ha realizado sin traspasar los límites de los tipos de organización bien determinados. Es decir, que los descendientes de un molusco pueden haber sufrido modificaciones más o menos importantes, pero sin dejar de ser moluscos; un équido ha originado organismos muy diversos, pero siempre con caracteres de équido, no de rinoceronte o de titenotérido...» Tal afirmación se refiere a los hechos comprobados y al evolucionismo clásico; pero no excluye la posibilidad de fenómenos evolutivos más amplios. Sigue diciendo: «A pesar de todo, lo que hay que proclamar con toda humildad es que, no obstante los esfuerzos realizados, el determinismo exacto de la evolución se escapa a nuestro entendimiento, y ninguna de las teorías propuestas para explicarlo es satisfactoria».

Refiriéndose a lo que respecta a la Humanidad actual, y con relación a los conceptos de monogenismo y poligenismo, se expresa de la siguiente manera: «Todos los datos científicos parecen favorables a la unidad de origen», y dice que se puede afirmar sinceramente que hasta ahora ningún hecho positivamente comprobado se opone seriamente al principio tradicional del origen único del linaje humano. Sobre este punto, es grato reproducir lo que el profesor BERMUDO MELÉNDEZ, catedrático de Paleontología de la Universidad de Madrid, que es el traductor y autor del prólogo de este libro, dice: «En relación con el monogenismo, creemos que es más una cuestión teológica que científica; lo único que nosotros podemos afirmar desde el punto de vista estrictamente científico, es que es perfectamente posible. Y si además, teológicamente, es lo más conveniente..., no hay ninguna razón para dudar de que así haya ocurrido».

En resumen: tantos y tantos problemas que son tantos y tantos capítulos del Código de Deontología Médica, en los que se encuentran las normas que deben presidir nuestros juicios a modo de potente faro que ilumine nuestros consejos y que ya en 1942 sintetizó admirablemente nuestro primer consiliario, el doctor EDUARDO ESTELLA en una conferencia con la que se clausuró el cursillo de perfeccionamiento médico, en octubre de 1942 [26], con el título de *Medicina y moral en nuestros días*.

La totalidad de estos problemas puede resumirse copiando unas luminosas palabras de S. S. Pío XII de uno de sus discursos: «Si no se tiene presente que el hombre se compone de alma y cuerpo, su destino universal y sobrenatural, el médico correrá fácilmente el peligro de perjuicios más o menos materialistas, de seguir sus consecuencias fatales hacia el utilitarismo, el hedonismo, la autonomía absoluta de la ley moral».

Toda esta serie de problemas ha planteado siempre la conveniencia de que el médico tenga una sólida preparación sobre las directrices que los regulan, y en buena norma deontológica, dice el doctor AGAPITO DE SOBRADILLO [27], consiliario de la Hermandad de Salamanca: «Es necesario saber concretamente cuáles son normas emanadas de la Santa Sede y cuáles son mera doctrina más o menos razonable. Las primeras, por el hecho de proceder de la Autoridad infalible, si habla con solemne magisterio, no pueden ser discutidas y tienen que ser aceptadas y seguidas por todo católico, mientras que las segundas podrán ser aceptadas y seguidas si se basan en argumentos convincentes».

Esta preparación permite formar el sentido deontológico necesario para tener sano juicio en la formulación de un oportuno consejo, y para esto mucho podrá conseguir el médico con el estudio; pero parece un ideal, una meta soñada, si toda su doctrina entrase en la categoría de materia docente, pero no recargando el cuadro de asignaturas, que, a juicio del doctor LÓPEZ IBOR [3], sería contraproducente, hasta tal punto que llega a afirmar que un curso de filosofía no serviría más que para crear una aversión para ella; parece que sería suficiente y eficaz el que cada enseñanza adaptase las orientaciones morales específicas oportunamente, y así el futuro médico adquiriría una visión total y completa de los problemas; de no ser así, difícilmente puede llegarse a poseer una información suficiente, y consecuentes con un principio filosófico tantas veces recordado por el que fue Hermano-Presidente de esta Hermandad y de su Academia Deontológica, el profesor JOSÉ CONDE, en sus intervenciones y en sus ciclos de conferencias sobre la filosofía del ser vivo, de que *nadie puede dar lo que no tiene*, el médico que no posea estos conocimientos difícilmente podrá colaborar en la solución de múltiples y muchas veces difíciles problemas médico-morales que pueden presentársele.

El Código de Deontología Médica debe conocerse; pero sólo será eficaz cuando se aprendan de un modo vivo las normas que le informan, y esto únicamente puede aprenderse al lado de sus maestros, puesto que los alumnos se forman al calor de sus profesores, afirma el doctor LÓPEZ IBOR [3].

Se ve claramente que, por lo que afecta a la enseñanza en nuestra Patria, son muchos los profesores que, sin duda, suscribirían las palabras del doctor ANTONIO CASIELLO [5], que son las siguientes: «Digamos, en nuestro descargo, que desde la cátedra siempre supimos encontrar oportunidades para orientar adecuadamente

a nuestros discípulos en este apasionante asunto de permanente actualidad»; y en justicia podrán añadir: en ese asunto y en todos.

Por su interés y excepcional importancia, trasladamos aquí algunas de las proposiciones, discusiones y conclusiones del *Primer Seminario de Educación Médica*, organizado por la Universidad del Valle (Cali), de Colombia, en el que por primera vez se reunieron las veinticinco Universidades colombianas, con las siete Facultades de Medicina, con sus siete decanos, y al que asistieron además doscientos sesenta profesores de las mismas. Este Primer Seminario desarrolló sus sesiones en los días 6 al 10 de diciembre de 1955; pero su publicación terminó en diciembre de 1958, formando tres volúmenes con un total de 696 páginas [7].

Todos los temas fueron tratados y ampliamente discutidos; de aquí que sus conclusiones tengan el gran valor de ser colectivas, y de aquí su excepcional interés.

En el discurso *Misión y ámbito del médico*, con el que el rector de la Universidad del Valle, doctor MARIO CARVAJAL, inauguró este Seminario, recuerda oportunamente que al ejercicio de la Medicina se ha pretendido mil veces quitarle su fuerza humana, su majestuoso sentido de caridad, la aproximación magnánima a los dolientes, la gentileza del hombre para con el hombre, de misericordiosa gestión y honroso obsequio. Hay necesidad de restituirle esa auténtica dirección y destacar con insistencia su impermutable conexión con el espíritu.

Los crecientes recursos instrumentales están tocados de la inevitable impureza que acompaña a todas las conquistas humanas, que encierra el peligro, en este caso, de sustituir la sabiduría por la técnica y de desintegrar en el criterio médico, frente a los problemas de ser, los elementos en cuya conjunción inseparable puso el soplo de Dios a arder la llama de la vida. En esta develación de los enigmas de la Naturaleza, la Medicina corre el riesgo de sufrir la misma consecuencia que adelantos análogos están acarreándole en otros órdenes al hombre: la propia deshumanización.

Hállase, pues, la nueva educación médica ante una tarea doble, de capacitación y de encender en su espíritu el fervor por el hombre total, por el hombre hecho de cuerpo y alma, vaso de esencia misteriosa, suma de amor y dolor, criatura oscilante entre los polos de la vida y la muerte, y sellada, con luz de arcano origen, por un destino perdurable.

Sólo a través de esta visión espiritualista, el hombre, base de la concepción cristiana de la existencia, podemos llegar a una exacta comprensión, alumbrada por el fuego de la caridad, de lo que es o debe ser la sociedad humana.

Al tratar de los objetivos de la educación médica, se hace alusión al texto publicado por el Comité Ejecutivo de la Association of American Medical Colleges, de 1953, en la que se dice que para alcanzar los objetivos fundamentales de esta educación debe dársele al estudiante un papel activo, dándole una responsabilidad definida en los problemas reales y diarios de la Medicina, siempre cuidadosamente guiada por la Facultad, proponiendo que esta guía debe tener cinco puntos esenciales, entre los que se incluyen los principios de moral y ética profesional, que son los esenciales si desea ganar y mantener la confianza de quienes trata, el respeto de las personas con las cuales trabaja y la ayuda de la comunidad en la cual vive.

La ponencia sobre *Enseñanza de la Deontología médica* fue desarrollada por el decano de la Universidad Javeriana, doctor ALBERTO DUQUE, S. J. Destaca en primer término que en el I Congreso Internacional de Educación Médica, reunido en Londres en 1953, llamó particularmente la atención la insistencia de la delegación hindú en la necesidad de la enseñanza de la Deontología médica. Dice el ponente que la cátedra de moral médica debe funcionar en todas y cada una de las Facultades de Medicina del país; ésta, como primera conclusión. En la tercera dice: «Por la trascendencia de la materia, los profesores de la Facultad deberían insistir, en sus respectivas cátedras, en los aspectos éticos pertinentes».

En la discusión de esta ponencia hubo acuerdo en que la docencia de la Deontología en la Facultad no puede reducirse a lo que el curso presente, sino que debe ser una preocupación permanente de todas las disciplinas de la Facultad y que todo profesor debe aprovechar las oportunidades que el curso brinde, para hacer mención de los puntos correspondientes y dar orientaciones claras sobre ellos.

En 1934, el profesor ANTONIO VALLEJO NÁGERA escribía en el prólogo de un libro [28] lo siguiente: «Se engañan los que aseguran que la moral no pasa de la categoría de reglamento sin llegar a la de ciencia, lo que sería un despropósito de consecuencias enormes en el orden moral (el orden moral está vinculado a la razón, a la ley y a Dios). ¿Cuántos médicos, por otra parte católicos, desconocen el valor de la moral profesional y aun la existencia de libros que tratan de ello y que no es otra cosa que la moral aplicada a una profesión determinada, en nuestro caso la profesión médica?» Y afirma que la Deontología médica es tanto más necesaria a esta benemérita clase cuanto mayor fuera el número de los refractarios e incomprensivos a la Deontología médica

Vuelva el médico a cultivar la ciencia del deber, pues únicamente así recuperará el prestigio sacerdotal adscrito en todos los tiempos al ejercicio de la Medicina, a lo cual sólo le obliga hoy al médico su propia conciencia.. o el Código Penal».

Como final a todas las consideraciones que hemos expuesto, nada mejor que las palabras del profesor J. SCHUMACHER, director del Instituto de Historia de la Medicina en la Universidad de Freiburg [29]; son las siguientes: «Hoy ya no se discute el valor de la labor científico-espiritual incluso en el campo meramente técnico. Se vuelve a saber que sin unas directrices científico-espirituales y que sin una previa sistematización constantemente renovada (KARL JASPERS), cualquier disciplina científica debe caer en la infructuosidad y en la degeneración.»

NOTAS ALUDIDAS EN EL TEXTO

1. ENRÍQUEZ DE SALAMANCA, F.—«El deber de saber». Discurso inaugural de la Academia Deontológica de Valladolid, el 18 de febrero de 1937.
2. «Pensamiento médico y moral profesional». Instituto Médico Valenciano. Edit. Tipográfica Moderna, Valencia. 1941.
3. LÓPEZ IBOR, J. J.—«La nueva imagen del médico y la reforma de sus estudios», publicado en (2).
4. MARCO MERENCIANO, F.—«De lo temporal a lo eterno», publicado en (2).
5. CASIELLO, A.—«A propósito de la Medicina sexológica». CLÍNICA Y LABORATORIO, núm. 395, febrero 1959. Zaragoza.
6. VICENTE Y CARCELLER, M.—«Medicina y Moral; problemas de sexualidad». Edit. Morata, Madrid. 1943.
7. Primer Seminario de Educación Médica. Editado por Universidad del Valle, Cali (Colombia), S. A. 1957.
8. GARCÍA ORCOYEN, J.—«Aborto», en el capítulo XXV del tomo II del «Tratado de Obstetricia» Nubiola-Zárate. Edit. Labor, Barcelona-Madrid. 1951.
9. FERNÁNDEZ RUIZ, C.—«Campaña contra el aborto criminal en el nuevo Estado». Comunicación a la Academia Deontológica de Madrid, 1940. «El aborto criminal. Su estudio médico-social». Biblioteca Medicina, Madrid. 1940.

10. Azúa, L.—Comunicación a la Academia Deontológica de Zaragoza, en que desarrolló el tema referente al espermocultivo.
11. Llavero, F.—«Sexualidad y frigidez». *Boletín del Instituto de Patología Médica*, núm. 2., febrero 1959. Madrid.
12. Enríquez de Salamanca, F.—«Aspectos médicos de la continencia sexual». Conferencia en la Academia Deontológica de Valladolid, el 15 de mayo de 1930.
13. Pío XI.—«Casti Connubii», 31 de diciembre de 1930.
14. Horno Alcorta, R.—«Humanización y cristianización del matrimonio». Artes Gráficas Berdejo Casañal, Zaragoza, 1940. Exclusiva de venta: Edit. Fax, Madrid.
15. Vicente y Carceller, M.—«Directrices deontológicas contenidas en la Encíclica «Casti Connubii» sobre anticoncepcionales, abortismo y eugenesia». Libro de Actas de las III Jornadas Médicas Españolas, celebradas en Zaragoza los días 26 al 30 de septiembre de 1943. Publicado en *La Casa del Médico*, núm. 49, enero 1945. Madrid.
16. Pío XII.—«Moral y relaciones conyugales». Colección Ecclesia, 8, 2.ª edición, 1952. Madrid.
17. Clement, G.—«Derechos del niño antes de nacer». Edit. Fax, Madrid. 1934.
18. De Guchteneere, R.—«La limitación de la natalidad». Biblioteca y Edit. Razón y Fe, Madrid. 1930.
Publicación colectiva del Seminario de Medicina Social del Instituto Católico de Estudios Sociales, «Conducta del médico frente al problema de la limitación de la natalidad», Premio Internacional Juan XXI, 1954. Barcelona.
19. Balaguer-Vintró, I.—«Límites morales de la experimentación humana en Medicina». Publicaciones del Instituto Católico de Estudios Sociales, 1955. Barcelona.
20. Alonso Muñoyerro, L.—«Moral médica en los Sacramentos de la Iglesia». Edit. Fax, Madrid. 1951.
21. Vicente y Carceller, M.—«El médico y los últimos Sacramentos». Comunicación a la Academia Deontológica de Zaragoza, en 1946.
22. V Asamblea de la Federación de Hermandades Médico-Farmacéuticas de San Cosme y San Damián, celebrada en Sevilla (6-10 octubre 1946). Ponencias oficiales, comunicaciones y conclusiones. Estades, Artes Gráficas, Madrid. 1947.
Azpeitia, E.—«El médico católico y la responsabilidad profesional», ponencia de Zaragoza.
23. Díaz Domínguez, D.—«El médico ante el concepto materialista de la vida». Ponencia de la Hermandad de Sevilla, publicada en (22).
24. Hartmann, A.—«Sujeción y libertad del pensamiento católico». Edit. Herder, Barcelona. Año 1955.
25. Leonardi, P.—«La evolución biológica». Edit. Fax, Madrid. 1957.
26. Estella, E.—«Medicina y Moral en nuestros días». Talleres Edit. *El Noticiero*, Zaragoza. Año 1943.
27. De Sobradillo, A.—«Normas deontológicas emanadas de la Iglesia», publicado en (22).
28. Alonso Muñoyerro, L.—«Código de Deontología Médica», 3.ª ed. Edit. Fax, Madrid. 1950.
29. Schumacher, J.—«Historia de la Medicina. ¿Para qué?», *Folia Clínica Internacional*, número 2, febrero 1959. Edit. Glarma, Barcelona.

Dirección: Alfonso I, n.º 20. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 405. - TOMO LXVIII
DICIEMBRE 1959

LA PERCEPCIÓN MONOCULAR DE LA PROFUNDIDAD

POR EL

DR. MANUEL RÍOS SASIAIN

MADRID

La visión del espacio en cuanto la sensación luminosa se convierte en percepción, va ligada a ilusiones ópticas y a factores psicológicos. En la percepción visual existe indudablemente un tarado previo, es decir, una referencia a otros factores: unos, de índole sensorial, como el tacto, y otros, de distinta naturaleza, como la herencia o el aprendizaje. Esto viene corroborado por los hechos siguientes: si un ciego nato recupera súbitamente la visión, tiene que empezar por aprender a distinguir mentalmente, por ejemplo, una esfera de un cubo. Otro hecho es que todo niño ha de recurrir primeramente al tacto para valorar su percepción visual del espacio. En este sentido, el concepto de la visión de profundidad es juzgado de diferente modo por los autores, pues mientras para unos, como KANT, se trata de un concepto nato, para otros, como HOFFMAN, es un valor que se adquiere a lo largo de los primeros años de la vida, aprovechando el tacto como auxiliar valioso.

Podemos considerar dos jerarquías de órganos sensoriales. Una, constituída por el tacto, olfato y gusto. En estos sentidos se localiza la percepción sensorial refiriéndola al sitio donde se ha producido el estímulo. El otro grupo, de categoría superior según DAVSON, lo integran la vista y el oído. Por lo que se refiere al ojo, entre un objeto exterior, el punto nodal del globo ocular y la imagen macular, se establece una línea recta que, recorrida en sentido inverso, localiza el objeto exterior donde realmente está, y no donde se recibe el estímulo (impacto retiniano). En virtud de esta proyección al exterior, que dirige y localiza el objeto realmente en su lugar y establece relaciones de situación entre los objetos del espacio exterior, nosotros percibimos el mundo tal cual es. Claro que si las condiciones de percepción fisiológica variasen, es posible que el mundo exterior lo interpretásemos de otra manera; por eso dice RONCHI que no vemos realmente los objetos, sino los fantasmas de dichos objetos.

Por razones puramente geométricas, la estimación tridimensional de la posición relativa de los objetos en el espacio no se puede hacer con un solo ojo. En la figura 1, los puntos A, B y C, en el espacio, proyectan en la retina imágenes en c, b y a, las cuales son transmitidas hacia fuera a lo largo de las líneas cA, bB y aC. Pero en este sistema de proyección geométrica no hay signo alguno que permita diferenciar la situación real de los puntos B y B'. La proyección de la imagen retiniana, por tanto, valiéndose de un solo ojo, es bidimensional, y en ella los

objetos del espacio son presentados a la conciencia como un dibujo plano. No obstante, el sujeto puede tener sentido espacial de la profundidad con un solo ojo, valiéndose de una serie de signos cuyo valor y significado ha ido contrastando por la experiencia acumulada. Tales signos son:

1.° *Perspectiva aérea.*—Como consecuencia de la dispersión de la luz en la atmósfera, los objetos distantes nos ofrecen algunos signos que podemos utilizar para calibrar su distancia a nosotros. En efecto: en la luz blanca, las longitudes de onda que más fácilmente se dispersan son las correspondientes a los colores azul y violeta; de modo que en un ambiente luminoso amplio el ojo ve un objeto definido como a través de una «pared» de luz azul. El espesor de esta «pared» azuleará los objetos tanto más cuanto más alejados se hallen del observador. De ahí que parezcan tan azules las montañas lejanas, y de ahí también que en la apreciación de una fotografía hecha con luz infrarroja nos parezcan los objetos más cercanos que si contemplamos otra hecha con luz natural. Como la onda azul es dispersada con preferencia a la roja, al observar el sujeto en la lejanía un foco de luz blanca con emisión propia, le parecerá amarillenta o rojiza, porque al atravesar la luz la atmósfera brumosa, la onda azul ha quedado dispersada en el camino y sólo ha llegado hasta el observador el componente rojo-amarillento del espectro. Ahora bien: si nosotros alcanzamos a ver una montaña, es gracias a la luz blanca total reflejada en sus laderas, cuyo componente azul ha sufrido dispersión al atravesar la atmósfera, de modo que sólo llega al observador el componente rojo. La montaña lejana, pues, debería verse, según esto, en un tono rojizo; empero, hemos recalcado más arriba que la sensación de lejanía procede precisamente del mayor azuleamiento con que vemos los objetos. Esta aparente contradicción se explica teniendo en cuenta que los objetos distantes se ven en *amplio contraste* con la brillantez del cielo que les sirve de fondo. A este respecto hay que señalar que los objetos reflejan de sí mismos mucha menos luz que la reflejada por el inmenso ambiente que sirve de fondo; de modo que en la visión coloreada del objeto juega mucho más papel la «pared» de luz azul dispersada procedente del fondo lejano, que la reflejada del propio objeto.

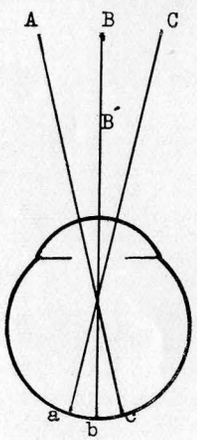


FIG. 1, SEGÚN DAVSON

En este problema del contraste hay que advertir que cuando la brillantez de la «pared» azulada más la brillantez de la luz reflejada en la montaña son iguales a la brillantez del fondo, la montaña se torna invisible. Por esta razón, la visibilidad de puntos distantes en la campiña es una buena medida de la brumosidad atmosférica.

Por último, *la dispersión* de la luz empaña el contorno de los objetos, y ello puede ser otro signo del que nos valemos para apreciar monocularmente la distancia. Cuanto más lejano se encuentra un objeto, más desdibujados se aprecian sus contornos. Por eso, la aparente proximidad, basada en la mayor densidad y nitidez con que vemos una montaña en día de atmósfera clara, es una nueva ilusión óptica, fundada en la normal asociación que hacemos entre objeto claramente definido y proximidad al observador.

2.° *Tamaño aparente.*—El tamaño aparente de un objeto viene dado por el ángulo que subtiende en el punto nodal del ojo. Así, AB y A'B' (fig. 2), se reconocen del mismo tamaño porque la proyección de sus imágenes en la retina está

subtendida por el mismo ángulo y ambas se hallan a la misma distancia. Pero ocurre que CD parece del mismo tamaño que AB porque subtiende el mismo ángulo sobre el mosaico retiniano, aunque su tamaño es realmente el doble que AB. Ahora bien; si el observador sabe que CD es doble grande que AB, puede decir con seguridad que CD está a doble distancia que AB, y por eso las ve iguales. De esta manera se puede estimar en visión monocular el valor tridimensional de la profundidad y, por tanto, la distancia relativa de los objetos en el espacio.

El reconocimiento de la distancia absoluta de un objeto sólo puede hacerse si existe un tarado previo, es decir, si el objeto es familiar al observador. Pero cuando este tarado no existe, la apreciación de la *distancia absoluta* es muy difícil. Es lo que ocurre cuando en el cielo azul, sin punto alguno de referencia, vemos la silueta de un pájaro o de un avión. Cuando un hombre camina alejándose del observador, la imagen retiniana en este último se hace cada vez más pequeña; esto se interpreta como que la distancia es mayor y no como si el hombre que se aleja fuese cada vez más pequeño.

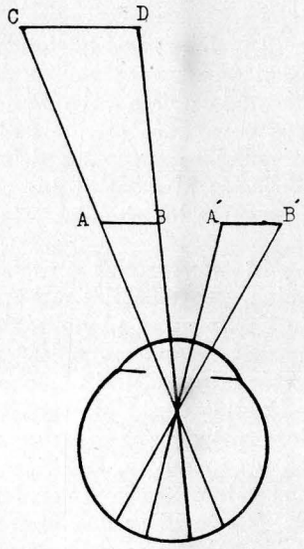


FIG. 2, SEGÚN DAVSON

Aunque el tamaño y la distancia van íntimamente asociados en la percepción tridimensional de los objetos, pueden, en circunstancias determinadas, dar lugar a ilusiones ópticas. Así, si en medio de una densa niebla surge una figura, parece mucho mayor de lo que realmente es, porque la figura se supone más lejos de lo que en realidad se encuentra. Un hecho parecido ocurre con los objetos vistos a través de aparatos binoculares (prismáticos); tales objetos parecen hallarse muy próximos al observador, porque sus imágenes vistas a través del instrumento se consideran en el infinito.

En la apreciación del tamaño aparente de los objetos contribuyen, pues, dos factores: el *tamaño absoluto* y la *distancia.* Pero sería un error pretender evaluar el tamaño aparente sólo por el número de unidades funcionales retinianas estimuladas por la imagen de un objeto proyectada en la retina. Es decir, que el factor distancia retinal originada por el ángulo subtendido, es insuficiente por sí solo. Un valor de *distancia retinal* representa un tamaño absoluto de un objeto en el espacio, sólo para una distancia dada desde el objeto al observador. De modo que un cambio en la distancia espacial del objeto debe necesitar una revaluación de la distancia en el mosaico retiniano. Un objeto es reconocido como lejano cuando al ser visto bajo ángulo muy pequeño se proyecta en la retina abarcando una pequeña superficie. Esta dimensión o distancia retiniana es interpretada como una cierta unidad de tamaño absoluto en el espacio. Pero si el objeto se halla más cercano, su imagen retiniana se vuelve más grande, es decir, abarca mayor distancia retinal, y ahora esta distancia constituye también otra unidad equivalente de tamaño absoluto en el espacio.

Entre el tamaño absoluto del objeto que nosotros juzgamos por el valor otorgado a la diversa magnitud de la distancia retinal y el tamaño aparente juzgado por la distancia del objeto al observador, se encuentran, como eslabones de unión, los actos de *la acomodación y convergencia.* La asociación de la distancia retinal

con el esfuerzo de acomodación y convergencia requerido para el enfoque del objeto, nos ayuda a percibir el sentido tridimensional del espacio en visión monocular. Precisamente cuando, por defecto del mecanismo de convergencia, esta asociación falla, nos encontramos ante el fenómeno de la «micropsia parésica», pues entonces el esfuerzo de sobreconvergencia realizado es asociado con un cambio excesivamente grande en los valores dimensionales de la retina. O sea, que el objeto sobreconvergido es tratado mentalmente como si estuviese mucho más cerca, y al no ser realmente así, parece más pequeño.

3.º *Disposición relativa.*—Las disposiciones y situación relativa de los objetos en el espacio nos ayudan a interpretar la tercera dimensión en visión monocular. Así, todo objeto cuyo contorno cubre y oculta parcialmente a otro, lo interpretamos como más cercano; el objeto cubierto está detrás del más lejano, y el que lo cubre se encuentra delante y más próximo. Recíprocamente, por el modo de proyectar al exterior los estímulos retinianos, interpretamos como más próximos a nosotros los situados más bajos, y como más lejanos, los situados más altos.

4.º *Perspectiva espacial.*—La imagen de un objeto exterior proyectada en la retina, por ejemplo, una caja, puede ser representada gráficamente por una serie de líneas en un plano, y darnos la sensación de relieve. Pero estas mismas líneas pueden ser interpretadas como representando un objeto plano, por ejemplo, un rectángulo; es decir, que para que un objeto exterior sea correctamente interpretado tridimensionalmente, cuando se presenta a un individuo en superficie plana de dos dimensiones, es necesario que el objeto le sea familiar. Así, una bicicleta, que es un objeto familiar, vista en un plano, aparece con ambas ruedas iguales y circulares. Pero si con las mismas líneas y el mismo plano se la representa con un giro de 45 grados, aparece con las ruedas elípticas y desiguales. Como el observador sabe que ambas ruedas son iguales y circulares, al ver ahora las ruedas desiguales y elípticas, interpreta que la bicicleta, aun representada en un plano bidimensional, se halla en la tercera dimensión; es decir, adquiere el sentido de profundidad, gracias a que la bicicleta le es un objeto familiar. Para ello, entre otros elementos de juicio, se sirve del distinto tamaño de las ruedas, para interpretar como más lejana la que aparece más pequeña. Así, pues, sólo el previo conocimiento de la forma verdadera de las cosas cuando por el uso nos son familiares, sirve para apreciar la profundidad en modelos de dos dimensiones. Que la representación bidimensional del mundo exterior es de escaso valor para percibir la profundidad, se hace evidente cuando examinamos una fotografía de un objeto que no nos es familiar; entonces, el cuadro nos parece ininteligible porque no tenemos idea previa de la forma real de las partes componentes.

5.º *Luz y sombra.*—Es un valioso auxiliar para que aparezca la percepción del relieve en un dibujo bidimensional. Así, por ejemplo, una esfera dibujada en un plano siempre aparece como un círculo, cualquiera que sea el punto desde donde se la observe. Pero si sobre su superficie se proyecta sombra, inmediatamente surge la tercera dimensión. Es importante para que la luz y la sombra nos den una idea cabal tridimensional de un objeto, que sea conocido el origen y dirección de la luz; porque sólo entonces la relación de las sombras y luces de los objetos, unos con otros, nos delatan su mutua agrupación en el espacio. Así resulta que cuando un bajo relieve es iluminado desde abajo, nos parece hueco. Normalmente, el relieve se nos muestra cuando el objeto es iluminado desde arriba; por eso cambia totalmente su percepción al variar las condiciones de iluminación. Es decir, que la

sombra nos ofrece el relieve cuando se refiere a un tarado psíquico previo que nosotros hacemos de su proyección y distribución.

Un animal en el campo (un asno, por ejemplo) recibe en el lomo más luz que en el vientre. A consecuencia de esta desigual iluminación, si la luz que se refleja en el lomo es tan intensa como la reflejada en el vientre, aquél aparecerá mucho más brillante que éste. Debido a esta desigual iluminación, la repartición de luz y sombra da al animal una figura de solidez y relieve que le hace muy destacable. Ahora bien: muchas veces la naturaleza, mediante efectos de mimetismo, defiende a los animales de las acechanzas de sus enemigos. En el caso del asno, el exceso de luz que recibe en el lomo queda mitigado por la coloración oscura del mismo, de modo que refleja menos cantidad de luz que el vientre; en cambio, éste, que recibe menos luz, refleja más debido a su coloración clara. Consecuencia de ello es que la brillantez del lomo y vientre tienden a igualarse, y, por tanto, el animal aparece a distancia uniformemente brillante sobre su total superficie. Así, al hacerse mínimo el contraste entre luz y sombra, su silueta se torna plana, característica que le ayuda a fundirse con el fondo.

Bajo ciertas condiciones de iluminación, la relación de luz y sombra puede servir para tener concepto de la tercera dimensión de un objeto visto monocularmente. Así, por ejemplo, en una habitación iluminada de modo que el foco de luz esté oculto al observador, la brillantez de las paredes decrece a medida que se las observa a mayor distancia del sujeto. Aquí ocurre algo similar a lo que se ha dicho al hablar del tamaño aparente de los objetos; es decir, que se tiende a interpretar la disminución de las imágenes retinianas, no como una disminución del tamaño del objeto, sino como una prueba de que éste se aleja del observador. Hay, pues, «constancia de tamaño» coincidiendo con «variabilidad de distancia». Pues bien, en el problema que ahora nos ocupa, las paredes de la habitación permanecen uniformemente iluminadas, o sea, que mantienen una *constancia de tono.* El cambio de brillantez debe interpretarse como un «incremento de distancia» al observador.

6.º *Desplazamiento paraláctico.* — Los fenómenos debidos al paralaje ayudan a reconocer la profundidad en visión monocular. Así, si desplazamos la cabeza de un lado para otro, los objetos próximos parece que se mueven en sentido inverso a los situados más distantes; éstos se desplazan con el observador, y aquéllos, en sentido opuesto. Similarmente, si un sujeto se mueve hacia adelante, parece que los objetos próximos se desplazan hacia atrás, mientras que los lejanos se mueven en su misma dirección. El autor que más ha estudiado estos problemas, HELMHOLTZ, indica que si un observador, con un ojo cerrado, se sienta con la cabeza inmóvil en medio de un bosque, todo el cuadro se le ofrece plano completamente. En cambio, basta con un movimiento de la cabeza para que, merced al desplazamiento de paralaje, todo el ambiente adquiera vida, gracias a que percibe entonces la escena en el marco tridimensional.

En relación con esto, otro medio auxiliar para detectar la profundidad en visión monocular, es *el movimiento* de los objetos en el espacio. En efecto: cuando dos objetos se mueven en el espacio variando continuamente la distancia entre sí, siempre que se desplacen con una velocidad determinada, nos permiten descubrir la dimensión de profundidad.

7.º *Acomodación.*—Poco servicio rinde la acomodación como ayuda para descubrir la profundidad en visión monocular. Puesto que para percibir de lejos un objeto basta el enfoque estático del ojo sin esfuerzo acomodativo alguno, y para

verlo de cerca hay que acomodar a él el sistema diótrico ocular, parece natural que el esfuerzo acomodativo requerido podría servir como índice claro de la distancia absoluta del objeto al observador; sin embargo, no ocurre así.

WUNDT estudió el grado en que el esfuerzo de acomodación empleado contribuye a la percepción del relieve en *visión monocular*. Concluyó que a 2'50 metros un punto tenía que ser movido 12 centímetros hacia el observador para ser reconocido como más próximo. Pasados los 2'50 metros, el cambio que el ojo necesita efectuar para enfocar un objeto que se ha movido 12 centímetros es del orden de las 0'02 D. aproximadamente; y es sabido que, en general, el ojo tolera un cambio de por lo menos 0'25 D. sin modificar para nada su poder acomodativo. Estas experiencias señalan ya el grado de inexactitud que la acomodación proporciona.

Las trabajos llevados a cabo por SWENSON en *visión binocular* han demostrado que un cambio en la vergencia de un objeto luminoso (a menos de 5 metros) produce, en efecto, una variación en la aparente distancia del mismo; pero esta variación es sólo una cuarta parte del efecto producido por el correspondiente cambio efectuado por la acomodación. Los trabajos de ALLEN disociando a voluntad la acomodación de la convergencia, han demostrado que fijando un objeto e incrementando la acomodación a él, parece que el objeto adquiere proximidad. GRANT, por su parte, insiste en que la convergencia y la acomodación son mecanismos de igual valor y que ambos contribuyen sinérgica y acopladamente en la determinación del sentido de profundidad.

Quizá estos fenómenos hayan sido la razón práctica de colocar en los coches dos faros en lugar de uno. Con dos faros, juzgamos la distancia del punto luminoso, más por la probable separación de los faros entre sí que por la distancia de éstos a nosotros.

RESUMEN

La visión del espacio va ligada a ilusiones ópticas y a factores psicológicos, merced a los cuales se localiza el objeto realmente y se establecen relaciones de situación entre éste y otros del espacio exterior.

Por razones puramente geométricas, la estimación tridimensional de la posición relativa de los objetos en el espacio, no puede hacerse con un solo ojo. La proyección de la imagen retiniana de un solo ojo es siempre bidimensional, y en ella los objetos se presentan a la conciencia como un dibujo plano. No obstante, el sujeto puede tener sentido espacial con un solo ojo valiéndose de una serie de signos, como son: perspectiva aérea, tamaño aparente, disposición relativa, perspectiva espacial, luz y sombra, desplazamiento paraláctico y acomodación; los cuales son analizados y expuestos en el trabajo.

Dirección: Fernán González, 47, 3.º D. Madrid.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 405. - TOMO LXVIII
DICIEMBRE 1959

CONTRIBUCIÓN DEL MÉTODO DE PEROXIDASAS AL DIAGNÓSTICO DE LAS LEUCEMIAS MIELOIDES EN LATENCIA

POR EL

DR. FRANCISCO MAS Y MAGRÓ

ALICANTE

OFRECEN un verdadero interés, de gran trascendencia en el problema de la enfermedad leucémica, los estados preleucémicos designados con los nombres de *hietus leucemicus* (NAEGELI), leucemia latente o *criptoleucemia* (WEIL) y *odoleucemia* (CHEVALIER).

A partir del momento de la infección del organismo hasta la aparición de la sintomatología clínica, existe un período más o menos largo, difícil de valorar.

Ocurre con frecuencia que, a causa de la débil virulencia del agente virásico o de la exaltación de las defensas del organismo, acaso también de la conjugación de estas dos, la enfermedad leucémica no se manifiesta y entonces queda inmunizado, de lo que tenemos ejemplo en las virasis, como la poliomielitis infantil, el tifus exantemático y la viruela, por no citar otras afecciones de la misma etiología.

En las leucemias en latencia, faltan completamente o son inaparentes a la investigación hematológica las alteraciones sanguíneas, o a lo sumo se revelan como una labilidad del sistema hematopoyético de tipo constitucional (BAUER), que se exterioriza en determinadas infecciones, como las amigdalitis agudas y las alergias medicamentosas provocadas por sulfamidas y numerosos compuestos químicos de núcleo bencénico (MAS Y MAGRÓ), bajo el aspecto de agranulocitosis, reversibles e irreversibles, de anemia hipoplásica o aplástica (panmielotisis) o de diátesis hemorrágicas, ya trombopénicas, ya por el efecto de una disminución de la fragilidad vascular.

De consiguiente, la leucemia en latencia comprende el intervalo que media entre el momento de la penetración, masiva o reiterada, del virus leucémico en el organismo y la eclosión de la sintomatología hematoclínica, ya que no aparece de un modo simultáneo la alteración hematológica y la clínica, sino que aquélla precede a ésta.

El virus de la leucemia, como ha constatado MAS Y MAGRÓ, se inactiva con relativa facilidad por el plasma y el suero de la sangre y, en general, por las secreciones hísticas. Por esto mismo interesa el conocimiento de la enfermedad leucémica en latencia, cuya evolución, como ya se ha indicado, es la curación espon-

tánea, muy frecuente, o la transformación en preleucemia y luego en leucemia, o directamente a la leucemia aguda o crónica.

El diagnóstico de la leucemia y la discriminación de sus formas hematoclínicas tiene su principal apoyo en la investigación hematológica. Es, pues, necesario e indispensable fijar las condiciones técnicas de esta investigación. Es corriente utilizar un método panóptico de coloración, y a este fin se usa la coloración por la solución de Giemsa o de May-Grünwald-Giemsa. Para el diagnóstico de la leucemia tiene evidente utilidad, a condición de emplear la técnica de las peroxidasas. Es recomendable teñir dos extensiones de sangre, una por el método de Giemsa y otra por el de las peroxidasas. El empleo de estas técnicas hace muchas veces innecesaria la biopsia de los órganos hematopoyéticos, especialmente de la medula ósea, no ya para resolver si se trata de una leucemia mieloide o linfoide, sino para la identificación del promielocito-mieloblasto atípicos de las leucemias en latencia o estados preleucémicos.

En 1940 publicó MAS Y MAGRÓ su procedimiento de coloración de las peroxidasas de los leucocitos de la sangre normal y patológica, así como a sus progenitores inmaduros del parénquima de la medula ósea, realizando un objetivo del más alto interés hematológico en orden a la discriminación de los leucocitos inmaduros y maduros, normales y patológicos, cuyo resultado es el de formar dos jerarquías, de las que una está integrada por todos los corpúsculos leucocitarios exentos de granulaciones de peroxidasas, y la otra constituída por los elementos leucocitarios cuyo citoplasma basófilo, como los promielocitos, los mieloblastos y los hemocitoblastos, muestran granulaciones de peroxidasas, ya masivas, ya en número discreto.

La aplicación del teñido de las peroxidasas, a condición de emplear un método sensible, como el de Mas y Magró, ya que el método de Sato y Sekiya, considerado hasta 1940 como el de mayor sensibilidad colorante, produce teñidos aleatorios y a veces fracasa, es muy útil en los casos de franca atipia de los elementos celulares, que no existe posibilidad alguna de discriminar la naturaleza mieloide o linfoide de los mismos. De consiguiente, ante una linfocitosis extrema, si clínicamente se sospecha de la existencia de una leucemia, la presencia de células de aspecto linfocítico con granulaciones de peroxidasa inclinará el diagnóstico en favor de leucemia mieloide.

Posteriormente al método de peroxidasas descrito por MAS Y MAGRÓ en 1940, hemos realizado algunas variantes en el mismo, dotándole de más sensibilidad, contraste y sencillez.

Se emplean dos soluciones.

CASO N.º 1. — Hombre de 41 años.

Antecedentes individuales: Frecuentes corizas con ligeras epistaxis.

Antecedentes de la enfermedad: Hace dos años, proceso gripal, con febrícula máxima de 37'5 grados, con fuerte astenia. Duración, cinco días. A continuación, después de unos días de encontrarse bien, reacción alérgica en placas rojizas por todo el cuerpo, con fuerte prurito y astenia, principalmente en miembros inferiores, con una hematuria de mediana intensidad. Plaquetas por mm. c., 50.000; eritrocitos por mm. c., 3.400.000; leucocitos por mm. c., 5.000. Se le practican tres transfusiones de sangre, mejorando su estado general y aumentando las plaquetas a 250.000 por mm. c. No aumento de bazo.

Investigaciones hematológicas realizadas por nosotros, el 15 de mayo de 1959: Eritrocitos por mm. c., 5.000.000; leucocitos, 10.000; plaquetas, 135.000.

Fórmula leucocitaria realizada por el método de Giemsa: Neutrófilos segmentados, 58 por ciento; íd. insegmentados, 7 por ciento; eosinófilos, 0'4 por ciento; células de Türk, 0'6 por ciento; Mastzellen, 0'4 por ciento; linfocitos, 33'6 por ciento.

Se practica la reacción de peroxidasas, por el método personal, encontrándose el 6'6 por ciento de elementos del tamaño de linfocito pequeño, con algunas granulaciones de peroxidasas.

CASO N.º 2. — Hombre de 36 años.

Antecedentes individuales: Frecuentes catarros y amigdalitis. Operado de amígdalas. A los nueve años tuvo fiebre alta de una duración de cerca de dos meses, que fue diagnosticada de fiebre tifoidea. Frecuentes epistaxis.

Antecedentes de la enfermedad: Por enero de 1958, proceso febril de 39-40 grados, con una enterorragia. Por presentar una fuerte leucopenia y linfocitosis, fue diagnosticado de fiebre tifoidea. Este proceso también duró unos dos meses. A partir de entonces, con un período de remisión de cuatro a cinco meses, le ha repetido de la misma forma, siendo siempre diagnosticado igual (!).

Examinado por nosotros con fecha 15 de agosto de 1959, se encontraba con fiebre de 39'8 grados desde hacía diez días. No hipertrofia de bazo, fuerte astenia que ya tenía desde hace dos años, con algunos períodos de remisión.

Investigaciones hematológicas: Eritrocitos por mm. c., 4.400.000; leucocitos, 3.500; plaquetas, 80.000.

Fórmula leucocitaria por el método de Giemsa: Neutrófilos segmentados, 14 por ciento; ídem insegmentados, 28 por ciento; monocitos, 3 por ciento; linfocitos, 55 por ciento.

Método de peroxidasas: Se encuentran cuatro linfocitos pequeños con granulaciones de peroxidasas. Iniciado el tratamiento, cedió la fiebre, aumentando el número de plaquetas y de leucocitos. Posteriormente, reintegrado a su domicilio habitual en otra ciudad, tuvo una recaída, llegando los leucocitos a 700 por mm. c. He de resaltar que, internado en una clínica, hubo necesidad de practicarle dos punciones esternales para llegar al mismo diagnóstico que yo realicé simplemente aplicando el método de peroxidasas.

CASO N.º 3. — Hombre de 35 años.

Antecedentes individuales: Frecuentes amigdalitis.

Antecedentes de la enfermedad: Internado en una clínica, diagnosticado de ulcus gástrico hemorrágico. Desde hace un mes, astenia bastante acentuada. Tiene dos o tres hematemesis, con fiebre de 39-40 grados. Cede, pero a los pocos días, dos hematurias y pequeñas hemorragias de encías. La fiebre continúa cerca de diez días, remitiendo en lisis. Ceden las hemorragias, desapareciendo la astenia. No hipertrofia de bazo.

Examinado por nosotros con fecha 4 de junio de 1959.

Investigaciones hematológicas: Eritrocitos, 3.540.000; leucocitos, 5.700; plaquetas, 106.200.

Fórmula leucocitaria, método de Giemsa: Neutrófilos segmentados, 53 por ciento; íd. insegmentados, 27 por ciento; eosinófilos, 1 por ciento; Mastzellen, 3 por ciento; linfocitos, 16 por ciento.

Practicado el método de peroxidasas, se encuentra el 3 por ciento de células tipo linfocito con granulaciones de peroxidasa.

Instituído el tratamiento, se practica nueva investigación hematológica a los seis días: Eritrocitos, 2.320.000; leucocitos, 18.900. Fórmula leucocitaria por el método de peroxidasas: Neutrófilos segmentados, 62 por ciento; ídem insegmentados, 10 por ciento; mieloblastos atípicos, 5 por ciento; eosinófilos, 2 por ciento; linfocitos, 21 por ciento.

Al remitir el cuadro clínico se logró la normalización de los eritrocitos en 5.000.000.

CASO N.º 4. — Hombre de 54 años.

Antecedentes individuales: Con relativa frecuencia, desde hace mucho tiempo, crisis de astenia que coincide siempre, a los pocos días, con ligera enterorragia. Nunca ha tenido molestias gástricas. Hace dos días, precedida de un período de unos quince días de astenia, hematemesis. Fiebre máxima, 38 grados, que remite a los cuatro días. Exploración abdominal, sin molestias y con un vientre blando.

Investigaciones hematológicas practicadas con fecha 27 de octubre de 1959: Eritrocitos, 4.880.000; leucocitos, 16.000; plaquetas, 92.720.

Fórmula leucocitaria por el método de Giemsa: Neutrófilos segmentados, 68 por ciento; ídem insegmentados, 20 por ciento; Mastzellen, 1 por ciento; linfocitos, 11 por ciento.

Método de peroxidasas: Como en los casos anteriores, se han encontrado tres células tipo linfocito pequeño, con granulaciones de peroxidasas.

CASO N.º 5. — Niño de 7 años.

Antecedentes individuales: Desde un año de edad, hematomas o equimosis a los traumatismos más insignificantes.

Antecedentes de la enfermedad: Así ha continuado hasta abril de 1957, que, a consecuencia de un traumatismo en muslo, le produjo hemorragia subcutánea que llegó por abajo hasta tobillo y por arriba hasta cerca de región umbilical, con hemartrosis en rodilla del mismo lado, con fiebre de 40 grados y dolor. Cedió la fiebre a los cuatro días. En los distintos recuentos de

hematíes que le han realizado, la cifra no ha sido inferior a 4.000.000 por mm. c. Desde abril hasta la fecha en que le observamos nosotros, ha continuado poco más o menos de la misma forma.

Observaciones realizadas en 8 de octubre de 1959: Rumpel-Leede, negativo; Rh, positivo. No manchas Baurer. Ligera hipertrofia de bazo.

Investigaciones hematológicas: Eritrocitos, 4.080.000; leucocitos, 12.400; plaquetas, 159.000; tiempo de coagulación, 21 minutos (normal: 5 a 8 minutos).

Fórmula leucocitaria por el método de Giemsa: Neutrófilos segmentados, 48 por ciento; ídem insegmentados, 5 por ciento; eosinófilos, 1 por ciento; monocitos, 3 por ciento; Mastzellen, 1 por ciento; linfocitos, 42 por ciento.

Método de peroxidasas: Se han encontrado cinco células tipo linfocito pequeño, con granulaciones de peroxidasas.

Como anteriormente hemos expuesto, el método de peroxidasas de Sato y Sekiya tiene el inconveniente de fracasar con frecuencia, o a lo sumo se tiñen las peroxidasas de un modo incompleto, quedando cierto número de corpúsculos inteñidos. En el método de Mas y Magró, la condición primordial es la fijación de todas las células de las extensiones de sangre o de la medula ósea, pero sin detrimento de la impregnación de las peroxidasas. Este método, modificado últimamente por nosotros, consta de las siguientes soluciones:

Solución I

Bencidina Merck	0'60	gramos
Alcohol etílico de 75 grados	100	c. c.
Agua oxigenada a 10 vol.	2'5	c. c.

Es de aconsejar, para evitar pierda fuerza el colorante, no añadir el agua oxigenada hasta el momento de usar la solución. Nosotros operamos de la siguiente manera: De la solución indicada tomamos la cantidad suficiente para unos cuantos días; por ejemplo, 10 c. c., y añadimos a éstos tres gotas de agua oxigenada.

Solución II

Azul de Toluidina	1	gramo
Agua destilada	100	c. c.

Técnica: Se cubren las extensiones de sangre, medula ósea, etc., por la solución I, agregando en el mismo portaobjetos dos gotas de la solución II. Mezclar inmediatamente con una varilla de cristal. Duración, tres minutos. Verter la solución y añadir gota a gota, para arrastrar los restos de la solución de bencidina, la solución II. Duración, tres minutos. Lavado en agua destilada para quitar los precipitados. Desecación, con mucho cuidado, con el papel de filtro.

Resultados: Las granulaciones de peroxidasas adquieren una coloración azul-verde intensa, con el núcleo rojizo. Si las granulaciones y el núcleo no se tiñen en la intensidad indicada, es que la solución necesita más agua oxigenada o que el azul de toluidina no es puro, sino mezclado con el azul de metileno.

Son los promielocitos patológicos, como los atípicos, los corpúsculos específicos de las leucemias mieloides agudas y crónicas. Su presencia en la sangre revela con seguridad un origen leucémico y, por lo mismo, constituyen un elemento de diagnóstico de gran valor. Por esto precisamente se exige realizar de un modo riguroso, con todas las garantías técnicas, su identificación en la sangre, con preferencia a las extensiones de medula ósea obtenida por punción esternal. En una

leucemia mieloide en latencia o una criptoleucemia mieloide, de un modo constante puede observarse la presencia del promielocito patológico, por lo menos un 0'4 a 3 por ciento del mismo. Su identificación, por lo mismo, requiere la máxima cautela, ya que el monocito, singularmente su forma pequeña, con núcleo poco polimorfo, pudiera ser sobreestimado, especialmente cuando sus granulaciones de peroxidasas son algo abundantes. Ahora bien, como la discriminación se confía a los métodos de coloración de las peroxidasas, conviene precisar las características de las granulaciones. Las del promielocito son relativamente más gruesas, y las de los monocitos son más finas. En el promielocito patológico se distribuye uniformemente, siempre en cantidad discreta, o forma un conglomerado único, frecuentemente intranuclear, mientras que en el monocito se acumula el material granuloso, más fino, en el citoplasma, especialmente en la concavidad del núcleo.

Los promielocitos atípicos, cuando se emplean los métodos panópticos de coloración de las extensiones de sangre, como el Giemsa, tienen todo el aspecto de linfocitos, grandes, medianos y pequeños, y están desprovistos de nucléolos robustos o, a lo sumo, se manifiesta alguna vacuola intranuclear. Añádase a esto que el citoplasma está casi siempre desprovisto de granulaciones azurófilas, y se tendrá la impresión de que tales leucocitos no son promielocitos, sino linfocitos. Pero con el empleo de la técnica de las peroxidasas, en todos estos promielocitos atípicos se logra impregnar cierto número de granulaciones, dispersas o en acúmulo único, cuyo número puede llegar a una o dos en corpúsculos de aspecto de linfocitos pequeños, algunos de ellos no mayores de 6'2 micras.

Los promielocitos atípicos, los más frecuentes, son los neutrófilos; rara vez se observan promielocitos eosinófilos. En las leucemias mieloides crónicas promielocíticas, especialmente en enfermos sometidos a radioterapia, se observan promielocitos mastzellen o con granulaciones metacromáticas. Su discriminación con el linfocito no es fácil, y a veces es imposible, si no se recurre a la coloración de peroxidasas de las extensiones de sangre, por lo que las granulaciones metacromáticas toman un color rojo y el núcleo mismo adquiere una pátina rojiza. Hemos visto algunas extensiones de sangre con cierto número de linfocitos que en realidad eran micropromielocitos mastzellen, que en algunos casos han llegado al 10 por ciento de la fórmula leucocitaria. La discriminación de los mastpromielocitos es, pues, una investigación orientadora, porque en todo caso representa la expresión de una alergia (MAS Y MAGRÓ, 1945); además se obtiene la seguridad de referir la presencia de estos corpúsculos a su verdadera significación en la citología de la sangre.

La atipia del promielocito no es el efecto de una anaplasia medular, como la de las células neoplásicas, sino un hecho de degeneración, por el que, de un modo gradualmente progresivo, el promielocito pierde sus caracteres morfológicos y estructurales, primero, y su capacidad granulogénica, después, y sus cualidades de estructura, finalmente. De toda su especificidad sólo resta su material granuloso de peroxidasas, si bien bastante disminuído cuantitativamente, quedando al estado de restos, constituídos por unas pocas granulaciones y, en algunos promielocitos, relativamente pocos, las granulaciones de peroxidasas llegan a desaparecer. En este último extremo de la atipia, la identificación celular se realiza de un modo comparativo con los promielocitos con peroxidasas, utilizando el módulo de su aspecto morfológico y estructural, con lo que, en todos los casos, se llega a una discriminación satisfactoria de los citados corpúsculos.

RESUMEN

Siendo los promielocitos patológicos los corpúsculos específicos de las leucemias mieloides agudas y crónicas, su presencia en la sangre revela con seguridad un origen leucémico, por lo que constituyen un elemento diagnóstico de gran valor.

Su identificación requiere la máxima cautela. El autor, utilizando el método de coloración de las peroxidasas de los leucocitos de la sangre normal y patológica, dotado de gran sensibilidad y descrito en 1940, en el cual ha realizado algunas variantes que le dan más sensibilidad, contraste y sencillez, expone los resultados logrados con su técnica, dando datos de interés para el diagnóstico, que resulta sumamente simplificado y eficiente, sin necesidad de recurrir a punciones esternales para confirmarlo.

BIBLIOGRAFÍA

MAS Y MAGRÓ, F.—*Rev. Clín. Española*, 1. 1941.
— «La alergia celular». Edit. Aguado, Madrid. 1945.
— «La leucemia». Edit. Morata, Madrid. 1951.
— «El diagnóstico de la leucemia». Edit. Científico-Médica, Barcelona. 1954.
— (II). «Técnica de hematología clínica». Edit. Científico-Médica, Barcelona. 1953.
— (II). *Arch. de Med. Experimental*, XII, 295. Madrid, 1949.
— (II). *Arch. de Med. Experimental*, XVI, 47. Madrid, 1953.
— «Blutveränderungen bei Anaphylaxie». *Virahow's Archiv.*, 243. 1922.
— «Las alteraciones morfológicas y estructurales del promielocito. I, Estudio Experimental». Trabajos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas. Madrid, 1948.
— «Las alteraciones morfológicas, etc. II. Los promielocitos atípicos de la medula ósea (biopsia) en la panmielotisis». Trab. del Inst. Nac. de Ciencias Médicas, XII, 327. Madrid, 1948.
— «Las alteraciones morfológicas, etc. III. Los promielocitos atípicos de la leucemia aguda». Trab. del Inst. Nac. de Ciencias Médicas, XII, 337. Madrid, 1948.
— «Las alteraciones morfológicas, etc. IV. Investigaciones experimentales sobre el promielocito atípico de granulaciones metacromáticas». Trab. del Inst. Nac. de Ciencias Médicas, XII, 35. Madrid, 1949.
— «Alergia parantígena». *Rev. Valenciana de Cienc. Méd.*, 1918.

Dirección: Plaza de Calvo Sotelo, 12. Alicante.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 405. - TOMO LXVIII
DICIEMBRE 1959

CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE LIMA (PERÚ)
Catedrático: Dr. CARLOS A. BAMBARÉN.

LIPASEMIA EN HEPATOPATÍAS

POR LA

SRTA. MATILDE ARAÚJO OLIVEROS

LIMA (PERÚ)

El estudio de las funciones secretoras del páncreas es de gran interés, por su intervención en los procesos digestivos y porque puede participar en estados patológicos de órganos vecinos y correlacionarse con afecciones de vísceras más alejadas.

La relación entre páncreas e hígado se acepta desde hace muchos años por haberse comprobado con frecuencia que se adiciona a hepatitis o colecistitis una pancreatitis aparentemente enmascarada, siendo la determinación cuantitativa de lipasa sanguínea la investigación que puede precisar el diagnóstico.

Son numerosas las investigaciones que se han realizado con el objeto de determinar lipasemia en personas aparentemente sanas o en enfermos, para comprobar las cifras normales encontradas y las halladas en distintos estados patológicos. Con este motivo se han elaborado pruebas funcionales de la actividad exocrina del páncreas con valor semiológico.

En el Perú no se estudió aún la lipasa sanguínea en estados patológicos. En 1952, HERBERT VILLANUEVA estudió las variaciones de lipasemia en sujetos normales por acción de sulfato de morfina, secretina (Lilly) y carbanoilcolina (Doryl).

El trabajo que se expone seguidamente estudia las variaciones cuantitativas de lipasa sérica en enfermos hepáticos, y consta de las siguientes partes: En la primera, estudio la lipasemia en diversos estados morbosos; en la segunda parte, sus variaciones en enfermedades hepáticas; en la tercera describo la técnica de CHERRY y GRANDALL, modificada por SEABRA, para determinar la lipasa sérica; en la cuarta expongo e interpreto las comprobaciones realizadas en hepatópatas del «Hospital Obrero» y «Dos de Mayo»; luego sintetizo las investigaciones en conclusiones, y, por último, cito la bibliografía consultada.

Agradezco al catedrático de Farmacología y Posología de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad de Lima, doctor CARLOS A. BAMBARÉN, por sugerirme el tema, proporcionándome orientación y bibliografía; a los laboratorios «Fixalia», de Cali (Colombia), por haberme obsequiado con el reactivo «Lipatest», y al doctor VITALIANO MANRIQUE, quien, además de permitirme realizar la parte experimental en el laboratorio de las clínicas del Hospital «Dos de Mayo», me proporcionó sangre de enfermos hepáticos del Hospital Obrero.

Lipasemia en estados morbosos

Son diversos los estados patológicos en los cuales se ha determinado la actividad lipásica, con el objeto de investigar sus variaciones.

Dichos trabajos se incrementaron desde que Cherry y Grandall [11] dieron a conocer la técnica para valorar lipasemia, que José Márquez [33], de La Habana, considera la mejor de cuantas existen.

Cherry y Grandall [10], en 1932, comprobaron en diecinueve casos de esclerosis múltiple, doce con lipasemia aumentada.

Años después, Jergesen [25] publicó los resultados obtenidos en la determinación de lipasa sanguínea en pacientes con úlcera péptica y en los que el 76 por ciento poseen hiperactividad lipásica.

Posteriormente, Ivy [24] afirmó en 1936 que la obstrucción de los conductos hepáticos, o solamente dificultad para el flujo de bilis, produce el ingreso de las enzimas pancreáticas a la sangre, dando como resultado marcado incremento de lipasa y amilasa séricas.

Comfort [13] sostuvo, como base de sus observaciones, que la lipasemia aumenta en el 95 por ciento de los casos de pancreatitis aguda, 36'5 por ciento de carcinoma del páncreas y 60 por ciento de neoplasia de la ampolla de Vater. En tres casos de úlcera gástrica, veintidós de úlcera duodenal, nueve de gastritis y treinta y dos de carcinoma del estómago, obtuvo aumento de lipasa en un caso de úlcera gástrica, seis de úlcera duodenal y dos de carcinoma del estómago; el aumento de actividad lipásica en el caso de úlcera gástrica se debió a que había comprometido al páncreas y producido pancreatitis secundaria, y en los casos de carcinoma del estómago, éstos se habían propagado al páncreas.

Johnson y Bockus [26], en 1940, estudiaron la lipasa sérica en once casos de pancreatitis aguda, y hallaron aumento en nueve; en ocho casos de cáncer del páncreas, resultaron cinco con hiperlipasemia; igual cosa sucedió en el 62'7 por ciento de carcinomas del páncreas y en el 10 por ciento de úlceras duodenales. Estos resultados les llevaron a sostener que el aumento de lipasa se debe a la absorción del fermento directamente a la sangre del tejido necrosado pancreático o a la absorción de la lipasa por el pequeño conducto pancreático, el cual fue bloqueado por edema secundario a la inflamación.

Investigadores tales como Berk [6], Dozzi [18] y Popper [41] coinciden en afirmar que la hiperlipasemia es específica de enfermedad pancreática.

McCall y Reinhold [36] hallaron cifras lipásicas, sobre 1'5 c. c., en doce de trece casos de pancreatitis y en doce de dieciséis de carcinoma de la cabeza del páncreas. Ellos consideran como límite de normalidad 1 c. c. Una cifra de 2 c. c. se obtuvo en un caso de calculosis pancreática con diabetes mellitus.

Al comparar los datos obtenidos en sujetos sanos con los encontrados en enfermos, concluyen diciendo que el 58 por ciento de treinta y ocho casos de pancreatitis presentan lipasa aumentada, y el 52 por ciento de vientiún casos de cáncer de la cabeza del páncreas se acompañan de hiperlipasemia.

Candel [8] afirma que la lipasa aumenta en pancreatitis, úlcera duodenal perforada, tumor en o cerca de la cabeza del páncreas y en litiasis pancreática. Además, estudió la lipasemia en pacientes con tumores linfomatosos del cuello, y al comparar las cifras obtenidas con las halladas en sujetos aparentemente sanos, concluye diciendo que el 11 por ciento de aquéllos tuvieron cifras ligeramente aumentadas, no teniendo ninguno evidencia clínica de pancreatitis. La cifra mayor que obtuvo fue de 1'25 c. c.

Las variaciones de lipasa en enfermedades pulmonares y extrapulmonares han sido motivo de estudio especial. Seabra [50], al introducir variaciones en el método de Cherry y Grandall, establece un índice lipasémico de normalidad entre 7 y 11, y afirma que un índice entre 6 y 4 indica predisposición a la tuberculosis, y cuando se encuentra inferior a 4, el paciente es tuberculoso. Para confirmar estas afirmaciones recurrió a la fotofluorografía, haciendo a la vez el examen químico y el fotofluoroscópico. En quinientos individuos considerados en perfecto estado de salud halló once casos de tuberculosis. Cuando se presenta un índice bajo, sin confirmación de tuberculosis, puede presumirse que se trata de lepra; pero esto necesita confirmarse. Si el índice es mayor, puede pensarse en pancreatitis.

Meyer y Malgras [38] determinaron la actividad lipásica en el suero de treinta y siete tuberculosos y hallaron cifras entre 0 y 1 c. c.

Scolari [49] indica que el índice lipásico se encuentra aumentado en la tuberculosis de desarrollo benigno, y disminuído en aquélla de curso desfavorable.

Del Fabbro [16], en 1948, determinó la lipasemia en enfermedades extrapulmonares, tales como neumonía, bronconeumonía y abscesos pulmonares, comprobando que la lipasemia presenta índice reducido en los casos fatales y aumenta sobre lo normal en las enfermedades de curso favorable.

Tanto Veghelly [55] como Danopoulos [17] afirman que la actividad de lipasa y amilasa experimentan variaciones características en la mala nutrición.

Chianca [15] estudió el comportamiento de la lipasa en cuarenta personas con diversas enfermedades de la sangre (anemia, leucosis), y encontró cifras menores que las que se aceptan como normales.

Mukherjee [35] sostiene que la actividad lipásica no disminuye en comparación con las normales, en pacientes con edema nutricio, ya que en quince casos sólo uno tuvo lipasemia disminuída.

León Castro, Cabrera y Cartaya [31] dicen que no sólo la secreción externa del páncreas influye sobre la interna, sino que cabe preguntarse si las mismas causas que producen la alteración de la secreción insulínica pueden ocasionar alteraciones de la secreción externa. Haciendo determinaciones en diabéticos, encontraron en dos disminución de lipasa.

José Jiménez [27] afirma que el valor diagnóstico de la lipasa es superior a la amilasa, en las pancreopatías crónicas.

Fiessenger y colaboradores comprobaron hiperlipasemia en el curso de pancreatitis crónicas experimentales.

Myhre [37] estudió el comportamiento de la lipasa sérica después de administrar simultáneamente secretina y mecholyl, comprobando aumento en sujetos normales y ausencia de esta reacción en casos de pancreatitis con hipofunción de la glándula.

Herbert Villanueva [54], en 1952, en Lima, estudió la acción de la secretina y el cloruro de carbanoilcolina sobre la lipasemia normal, y observó que se producían variaciones muy inconstantes de lipasa.

Roger y Fernández [44] afirman que la carbanoilcolina produce aumento lipásico mayor en las personas sanas que en los enfermos pancreáticos.

Según Wirts [59], en insuficiencias pancreáticas avanzadas, las enzimas del suero sanguíneo disminuyen, y en los procesos obstructivos, aumentan.

Gross, Comfort y Power [22] estudiaron los aumentos de lipasa y amilasa del suero consecutivos a la administración de opiáceos; concluyen afirmando que el sulfato de codeína, administrado parenteralmente produce aumento en las enzimas del suero, en pacientes sin enfermedad pancreática. Para vitar un diagnóstico erróneo de enfermedad pancreática, recomiendan descartar la posibilidad de que se

hayan administrado opiáceos dentro de las veinticuatro horas precedentes al análisis.

WAPSHAW [56] estudió la concentración enzimática en úlcera péptica perforada y comprobó que se presentaban ligeros aumentos de lipasa.

Tanto BAXTER [3] como ROBERTS [47] sostienen que la medida de actividad lipásica en el suero ayuda al diagnóstico de estados patológicos agudos del páncreas; agrega este último que dicho fermento aumenta en necrosis pancreática aguda, edema pancreático agudo, enfermedades neoplásicas del páncreas, hepatitis, cirrosis hepática y obstrucción intestinal.

RAFFENSPERGER [43] determinó enzimas pancreáticas en el suero en estados patológicos variados, tales como úlcera péptica perforada, parcial obstrucción del intestino y peritonitis, y encuentra en todos concentración aumentada de lipasa.

PERSKY [40] determinó lipasemia en perros a los cuales les ha producido experimentalmente hemorragia pancreática aguda, observando que se producen amplias variaciones, pero que al tercero o cuarto día, después de la operación, se restablece la concentración normal.

BERNHARD [5] determinó lipasa sérica en pacientes hipertensos con arterioesclerosis y sin ella; al comparar las cifras encontradas con las obtenidas en sujetos aparentemente sanos, llega a la conclusión de que en los hipertensos sin arterioesclerosis se produce disminución de la actividad lipásica, y en los enfermos con arterioesclerosis la lipasemia fue normal.

URRUTIA [53] estudió la función del páncreas en enfermedades crónicas del conducto hepático, realizando varias pruebas funcionales. Los resultados obtenidos en la determinación de lipasa fueron variados, por lo que considera que esta prueba es más eficaz para la investigación de la función pancreática.

LIPASEMIA EN HEPATOPATÍAS

Según experimentos realizados por diversos investigadores, como COMMINS y BOCKUS [14], COMFORT [12], BODANSKY [7], KOLMER y BOUNEER [29], varía la lipasa sérica en diversos estados patológicos abdominales, entre ellos las enfermedades hepáticas, pues, como afirma JOSÉ MÁRQUEZ [33], se suma con frecuencia a hepatitis o colecistitis, pancreatitis aparentemente enmascarada.

Estos estudios se iniciaron cuando COMFORT [12], en 1937, halló cifras aumentadas de lipasa en el 13 por ciento de pacientes enfermos del hígado, atribuyendo tal aumento a una aparente destrucción del parénquima hepático o a la presencia de una asociación con pancreatitis. Consideró como límite de normalidad 1'5 c. c. de solución N/20 de NaOH, o sea, que las cifras mayores a esta cifra son de significación semiológica.

Años después, en 1940, JOHNSON y BOCKUS [26] realizaron estudios similares, indicando que se debe otorgar importancia a las cifras encontradas por encima de 1 c. c., es decir, que se acepta como máximo de normalidad 1 c. c., afirmando que los datos más valiosos son los mayores. Obtuvieron cifras mayores de lipasa en siete de veinticuatro casos de cirrosis hepática y en dos casos de tumor hepático. En todos los casos en que varió el fermento se examinó el páncreas, y sólo en un caso se encontró normal. La lipasemia aumentó también en colelitiasis, ya que de tres casos, uno tuvo hiperlipasemia. De dos casos de colecistitis examinados, en uno se encontró la actividad lipásica aumentada. Estos investigadores sostienen que la lipasa se produce en el páncreas, y sus variaciones se originan por trauma del páncreas o por obstrucción del conducto pancreático.

En 1939, JOSÉ MÁRQUEZ [33], de La Habana, realizó determinaciones de lipasa en hepáticos, utilizando la técnica de Cherry y Grandall. De quince casos que estudió, en diez, en los que no halló afección del páncreas ni de las vías biliares, los resultados oscilaron entre 0'2 y 0'7 c. c., y en los otros cinco, los resultados fluctuaron entre 1'7 y 2'6 c. c., demostrándose en la mayor parte de los casos procesos morbosos de colecistitis infecciosa.

BODANSKY y BODANSKY [7] sostienen que el aumento de lipasa del suero se presenta en casi el 10 por ciento de los enfermos del hígado. Agregan que una proporción relativamente pequeña de enfermos de las vías biliares tiene aumento de lipasa del suero.

En 1945, MCCALL y REINHOLD [36] hallaron concentración variable de lipasa en cirróticos, aunque ninguna excedió de 1'5 c. c. de solución N/20 de NaOH.

LAGERLOF [3] determinó lipasa en el suero de pacientes con hepatitis y halló hiperlipasemia en uno de veinticuatro casos, no obstante haber empleado el método stalagnométrico. En dos casos de cirrosis estuvo ligeramente aumentada.

MUETHER [34] afirmó que el conocimiento de la disfunción pancreática puede a tiempo jugar un papel importante en la patogénesis de las hepatopatías.

NEEFE [39] menciona haber realizado experimentos en pacientes con hepatitis, y en dos casos encontró moderado aumento de lipasa y amilasa.

IVY [24] dice que el aumento de lipasa y amilasa séricas se presenta en enfermedades del hígado, pero son leves en comparación con las enfermedades pancreáticas agudas.

En 1951, CUMMINS y BOCKUS [14] determinaron la lipasa y amilasa en enfermos hepáticos utilizando la técnica de Cherry y Grandall, y aceptaron como límite de normalidad 1 c. c. de solución N/20 de NaOH; de diecinueve casos de cirrosis hepática, hubo hiperlipasemia en seis (32 por ciento); la concentración mayor de lipasa fue de 2'5 c. c., haciendo notar que de los seis pacientes, tres murieron.

En catorce enfermos con hepatitis, en seis de los cuales sólo hubo como causa aparente la enfermedad aguda del hígado, hubo cuatro casos de lipasemia aumentada, llegando en uno de ellos el aumento a 3 c. c., y en los tres restantes la cifra mayor fue de 1'6 c. c.

JUAN SILVESTRE [51] ha encontrado en enfermedades hepáticas lipasemia aumentada (10 por ciento), y asegura que tal aumento no se produce con amilasemia ni amilasuria.

LEÓN CASTRO, CABRERA y CARTAYA [31] estudiaron la actividad enzimática de la sangre en pacientes con colecistitis, hallando cifras aumentadas de lipasa.

TÉCNICAS PARA DETERMINAR LIPASEMIA

Existen diversas técnicas para determinar lipasemia; casi todas se basan en la acción hidrolizante del fermento sobre sustratos convenientemente elegidos, los cuales, al desdoblarse, ponen en libertad ácidos grasos en cantidad equivalente a la actividad lipásica.

Todas las técnicas tienen factores comunes, constituídos por sustrato, agente emulsionante, concentración de hidrogeniones y temperatura.

Sustrato.—Se han propuesto diversos, como aceite de oliva, por CHERRY y GRANDALL [11] y GOLSTEIN y ROE [23]; ésteres sintéticos, como tributirina (WALDWORTH y AARON [60]), o ésteres solubles de polialcoholes (ARCHIBALD [1]).

GOLSTEIN y ROE [23] hallan iguales resultados con trioleína pura que con aceite de oliva puro, y comprueban que la lipasa sérica hidroliza más rápidamente a la tributirina que al aceite de oliva.

Agentes emulsionantes.—La mayor parte de ésteres utilizados como sustrato son insolubles o poco solubles en el agua, y en esas condiciones la actividad enzimática sólo puede efectuarse sobre una emulsión del sustrato.

WILLSTATER, WALSCHMIDT-LIETZ y MENMEN [58] utilizaron como agente emulsionante la albúmina. Suponen que esta sustancia forma un complejo coloidal con la enzima, la grasa y los jabones de calcio, que permitiría un máximo de acción.

VOLHARD [59], PALMER [42] y CHERRY y GRANDALL [11] emulsionan el sustrato por medio de la goma arábiga.

GOLSTEIN y ROE [23] ensayan diversos agentes emulsionantes, tales como la goma arábiga, el duponol (aceites sulfonados), albúmina de huevo, glicolato y taurocolato de sodio y bilis; los mejores resultados los obtuvieron con bilis, usando como sustrato butirato de etilo.

Concentración de hidrogeniones.—Para mantener el pH se usan sistemas reguladores, siendo los más comunes el cloruro de amonio-amoníaco, los fosfatos, el ácido carbónico-bicarbonato y el veronal sódico.

WILLSTATTER, WALDCHMIDTH-LEITZ y MENMEN dan un pH óptimo de 9'2 para la actividad de la lipasa pancreática, actuando sobre el aceite de oliva, y de 8'3 cuando actúa sobre la tributirina.

WEINSTEIN y WYNNE [61] usan como regulador fosfatos que dan pH 7'2, y con glicocola 9'3; AZUNE [2] y DAVIDSON [19] dan cifras de pH que van desde 7'7 hasta 8'6; CHERRY y GRANDALL [11] utilizan una mezcla de fosfatos de pH 7.

Para GOLSTEIN y ROE [23], el pH por debajo de 7 da resultados bajos, y proponen pH 8'2 a 8'4 y que el pH final del medio esté por encima de 7.

Temperatura.—La temperatura a la cual puede actuar la enzima, tampoco es fija. BALLS y TUCKER [4] demuestran su acción aun a temperatura muy baja, lo que es de importancia en la conservación de grasas y aceites. La temperatura general está comprendida entre 30 y 40° C.

Activadores.—WILLSTATTER y MENMEN [58] señalan la acción activante del cloruro de calcio sobre la lipasa. Suponen la formación del complejo lipasa-proteína, oleato de calcio-grasa.

GOLSTEIN y ROE [23] sustituyen el cloruro de calcio por el acetato de calcio, a fin de evitar la acidificación del medio por el ácido clorhídrico liberado al producirse el jabón de calcio.

La acción activante de la bilis, señalada por muchos autores, sólo se debería a su efecto emulsionante. En el caso de la tributirina no se requiere emulsionante; GOLSTEIN y ROE hallan que tiene efecto retardador.

Inactivación de la enzima.—Para detener la acción enzimática una vez terminado el tiempo de acción, o para inactivar los controles, se emplea el calor o el alcohol-éter; este último inactivador lo recomiendan GOLSTEIN y ROE [23].

Para valorar los ácidos puestos en libertad existen diversas técnicas, siendo las principales las siguientes:

Los ácidos se pueden titular con una solución alcalina generalmente en medio alcohólico. Como indicador para la titulación del ácido se emplea generalmente la fenolftaleína y timoltaleína.

Han propuesto métodos de titulación directa LOEVENHARD [32], WILLSTATTER, WALDSCHMIDT y MENMEN [58], PALMER [42], TAKATA [52], KANITZ [28], CHERRY y GRANDALL [11], GOLSTEIN y ROE [23].

El método volumétrico de CHERRY y GRANDALL [11] utiliza como sustrato una emulsión de aceite de oliva en partes iguales, con una solución al 5 por ciento de goma arábiga y una solución al 0'2 por ciento de benzoato de sodio, que se añade como conservador, usando como regulador una solución de fosfatos.

En la preparación de la solución reguladora de fosfatos se utiliza fosfato monopotásico y fosfato disódico. Se prepara una solución M/15 de fosfato monopotásico diluyendo 9'08 gramos de sal seca en un litro. Se prepara una solución M/15 de fosfato bisódico disolviendo 9'47 gramos de sal anhidra u 11'87 de sal hidratada en un litro de agua destilada. Para obtener una solución reguladora con pH 7 se mezclan 61'1 c. c. de fosfato disódico con 38'9 de fosfato monopotásico.

Procedimiento.—En un tubo de ensayo se colocan 1 c. c. de suero, 2 c. c. de emulsión, 3 c. c. de agua destilada, 0'5 de la solución reguladora, y se lleva a la estufa a 38° durante veinticuatro horas. En otro tubo se colocan 1 c. c. de suero, 3 c. c. de agua destilada, y se lleva a 70° durante cinco minutos, a fin de destruir los fermentos; se añaden después 0'5 c. c. de regulador y se coloca a la estufa a 38° por veinticuatro horas.

Transcurridas veinticuatro horas, se añaden a cada tubo 3 c. c. de alcohol de 95° y 3 gotas de indicador constituído por fenolftaleína en solución alcohólica al 1 por ciento; se titula hasta que aparezca color rosa permanente de indicador, con solución N/20 de NaOH.

La diferencia entre las cifras de ambos tubos dará la actividad lipásica del suero, expresado en centímetros cúbicos de solución de NaOH.

Esta técnica la modificó SEABRA [50]. En este trabajo he utilizado esta última; he descrito la de CHERRY y GRANDALL para poner de manifiesto las variantes que presentan.

Método stalagnométrico.—ERDOS y SPIERA [20] refieren que la lipasa contenida en el suero es desdoblada en ácido butírico y glicerina a la solución de tributirina que se le añade; en proporción directa al desdoblamiento crece la tensión superficial de la mezcla suero-tributirina. Este cambio de la tensión superficial, que proporciona la medida de la lipasa, se aprecia por el stalagnómetro.

De este tipo son las técnicas de RONA y MICHAELIS [46], WILLSTATTER y MENMEN [58] y DAVIDSON [19].

Método manométrico.—RONA y LASNITSKY [45] miden manométricamente el volumen de anhídrido carbónico puesto en libertad por el bicarbonato de sodio por acción del ácido butírico; la cantidad de ácido butírico existente depende de la concentración de lipasa, la cual promueve la hidrólisis de la tributirina.

Método colorimétrico.—SELIGMAN, GLOTZER, LASTER y BENI [48] proponen un método que determina tanto la esterasa como la lipasa; el beta naftil es hidrolizado por ambas; el beta naftol que se obtiene como producto de la hidrólisis enzimática se convierte en un colorante azoico púrpura, por acoplamiento de dos de sus moléculas con el diortoanisidina tetrazotizado. El pigmento resultante se extrae con acetato de etilo, y la densidad óptica se mide colorimétricamente.

Determinación de lipasemia con la técnica de Cherry y Garndall, modificada por Seabra

Fundamento.—Si un sustrato constituído por una emulsión de aceite de pepita de algodón y goma acacia, se pone en contacto, durante veinticuatro horas, con suero sanguíneo, la lipasa produce ácidos grasos libres por desdoblamiento del aceite. La cantidad de ácidos grasos libres se cuantifica con una solución N/20 de NaOH, y el número de centímetros cúbicos gastados, multiplicado por 10, representa la actividad lipásica.

Reactivos.—Emulsión de aceite de pepita de algodón y goma acacia, en partes iguales. Solución tampón. Alcohol de 95°. Solución N/20 de NaOH. Solución alcohólica de fenolftaleína al 1 por ciento.

Modo operatorio.—Se extraen 5 c. c. de sangre venosa por medio de una jeringuilla para inyecciones hipodérmicas, y se recibe en tubo de prueba; se deja reposar treinta minutos, con el objeto de que se retraiga el coágulo; se centrifuga a dos mil revoluciones por minuto, durante cinco minutos, y se extrae el suero.

Se colocan en un tubo de ensayo (100 por 25 mm.) 1 c. c. de suero, 2 c. c. de emulsión oleosa (agitar vivamente durante un minuto), agregar 3 c. c. de agua destilada y 0'5 c. c. de solución tampón (agitar durante dos minutos).

Preparar al mismo tiempo, como testigo, un tubo igual al anterior, colocando 4 c. c. de agua destilada, 2 c. c. de emulsión oleosa y 0'5 de solución tampón, haciendo las mismas agitaciones por separado. Tapar ambos tubos con tampón de goma y colocarlos a la estufa a 37° C. durante veinticuatro horas.

Después de veinticuatro horas, agregar 3 c. c. de alcohol de 95° a cada tubo, agitar y titular con solución N/20 de soda y solución alcohólica al 1 por ciento de fenolftaleína, hasta que aparezca color rosa uniforme en toda la masa líquida.

Cálculo.—La diferencia entre el número de centímetros cúbicos de la solución de soda consumida en el primer tubo y la gastada en el segundo, representa la actividad lipásica del suero. Multiplicando por 10 el número encontrado, se obtiene el índice de lipasa.

Ejemplo.—En el primer tubo se gastaron 1'6 c. c. de soda, y en el segundo, 0'8; la diferencia fue de 0'8, y el índice de lipasa, de 8.

Nota.—La sangre debe extraerse al paciente en ayunas.

El suero debe centrifugarse con pequeña velocidad; la menor hemólisis invalida el suero o lo altera.

Colóquense los tubos en un soporte de batería, de modo que después de mezclados los líquidos de todos las agitaciones separadas resulten simultáneas y uniformes.

La permanencia en la estufa será de veinticuatro horas, con posible tolerancia de veintiséis. Después de retirarse de la estufa se agrega al alcohol y se agita, pudiendo la titulación realizarse dentro de cuatro horas.

Como la solución N/20 de soda se carbonata con facilidad al contacto del aire, debe conservarse en frascos absolutamente secos o protegidos con cal sodada, controlándose frecuentemente.

Es indispensable que el criterio para juzgar el viraje rosa de la fenolftaleína sea exactamente el mismo entre el tubo con suero y el testigo.

Cuando se hace la titulación de varios sueros en el mismo momento, se puede usar un tubo testigo; pero sustituirlo por una cifra fija o arbitraria es exponerse a error.

Procurar que los residuos de jabón no impregnen el material de vidrio.

Material empleado:

Una estufa.
Una centrifugadora.
Una bureta.
Tubos de ensayo de 100 por 25.
Pipetas graduadas al décimo.

El reactivo «Lipatest», con el que trabajé, consta de emulsión oleosa y solución tampón.

La caja contiene veinticinco ampollas de emulsión. Antes de abrir cada ampolla se homogeniza el contenido mediante agitación adecuada. Además contiene una ampolla de 2 c. c. de un concentrado salino para preparar la solución tampón, y una adicional de repuesto. A 2 c. c. medidos rigurosamente, se agrega agua destilada hasta completar 30 c. c.

Investigaciones efectuadas e interpretación de los resultados

La determinación de lipasemia en enfermos con hepatitis dio los siguientes resultados:

Número	Nombre	Edad	Indice de lipasa
1	L. A.	32	6
2	R. R.	20	6
3	T. G.	24	7
4	A. H.	18	7
5	F. G.	26	8
6	Z. A.	35	8
7	M. F.	27	8
8	R. H.	20	8
9	J. P.	25	8
10	O. C.	38	8
11	V. Q.	41	9
12	J. C.	36	9
13	D. T.	22	9
14	L. E.	41	9
15	C. N.	30	9
16	T. M.	39	10
17	C. H.	23	10
18	N. R.	27	10
19	N. Z.	31	10
20	H. O.	29	11
21	T. T.	40	11
22	A. M.	39	12
23	J. A.	46	12
24	M. F.	43	13

El análisis matemático-estadístico de los resultados proporcionó los siguientes coeficientes:

Indice de lipasa por c. c. de suero	Media ± E. St.	Desv. St. ± E. St.	Coeficiente variación	Cifras extremas
	9'29 ± 0'34	1'65 ± 0'23	17'76 %	6-13

La determinación de lipasemia en enfermas con hepatitis dio los siguientes resultados:

Número	Nombre	Edad	Indice de lipasa
1	V. H.	25	5
2	C. P.	19	6
3	S. I.	41	9
4	L. R.	37	10
5	P. S.	29	10
6	E. S.	28	10
7	V. E.	35	12
8	I. S.	30	15
9	V. E.	20	15
10	N. R.	34	17

El análisis matemático-estadístico de los resultados proporcionó los siguientes coeficientes:

Indice de lipasa por c. c. de suero	Media ± E. St.	Desv. St. ± E. St.	Coeficiente variación	Cifras extremas
	10'9 ± 1'23	3'71 ± 0'87	34'9 %	5-17

La determinación de lipasemia en enfermos con cirrosis hepática dio los siguientes resultados:

Número	Nombre	Edad	Indice de lipasa
1	N. M.	26	7
2	T. C.	34	8
3	J. A.	48	9
4	P. Ch.	35	10
5	V. M.	51	12

La determinación de lipasemia en enfermos con colecistitis dio los siguientes resultados:

Número	Nombre	Edad	Indice de lipasa
1	N. P.	34	6
2	F. G.	48	9
3	G. M.	58	10
4	M. F.	27	10
5	L. N.	24	12
6	Z. A.	31	14

El análisis matemático-estadístico de los resultados proporcionó los siguientes coeficientes:

Indice de lipasa por c. c. de suero	Media ± E. St.	Desv. St. ± E. St.	Coeficiente variación	Cifras extremas
	10'1 ± 0'54	2'7 ± 0'27	26'7 %	6-14

La determinación de lipasemia en enfermas con colecistitis dio los siguientes resultados:

Número	Nombre	Edad	Indice de lipasa
1	I. I.	27	5
2	C. J.	25	7
3	M. T.	32	7
4	I. R.	30	9
5	L. N.	49	8
6	Z. P.	43	12
7	P. F.	38	14

El análisis matemático-estadístico de los resultados proporcionó los siguientes coeficientes:

Indice de lipasa por c. c. de suero	Media ± E. St.	Desv. St. ± E. St.	Coeficiente variación	Cifras extremas
	8'8 ± 2'74	3'05 ± 0'88	28'4 %	5-14

Tratando de interpretar los resultados obtenidos, debo expresar que determiné lipasemia en cincuenta y dos pacientes con procesos morbosos del hígado, de los cuales treinta y cinco fueron de sexo masculino y diecisiete de sexo femenino,

Utilicé la técnica de CHERRY y GRANDALL modificada por SEABRA, para determinar lipasemia, y las investigaciones se realizaron estando los enfermos en ayunas.

Acepto como cifra de lipasemia normal en Lima la de 8'5 unidades, que es la media que obtuvo ISABEL SÁNCHEZ S. en trabajo recientemente realizado.

En el grupo de veinticuatro hombres con hepatitis, encontré tres casos con cifras que sobrepasan los límites normales (12'5 por ciento), diecisiete fluctuaban dentro de lo normal (70'8 por ciento) y cuatro estaban por debajo de este límite (16'6 por ciento).

En diez mujeres enfermas con hepatitis encontré que cuatro excedían el límite normal (40 por ciento), cuatro estaban dentro del límite normal (40 por ciento) y dos por debajo del límite normal (20 por ciento).

En cinco hombres enfermos con cirrosis hepática, uno sobrepasó el límite normal y cuatro estuvieron en la normalidad (80 por ciento).

En seis hombres enfermos con colecistitis, dos sobrepasaron el límite normal (33 por ciento), tres tuvieron cifras normales (50 por ciento) y uno estuvo inferior al límite normal (16'6 por ciento).

En siete mujeres enfermas con colecistitis, dos estuvieron sobre el límite normal (28'5 por ciento), cuatro tuvieron cifras normales (57 por ciento) y una estuvo inferior a lo normal (14'2 por ciento).

Los porcentajes de aumento de lipasa son pequeños, por lo cual puede afirmarse que en estos procesos morbosos no existe tendencia a hiperlipasemia, que pueda constituir dato semiológico que ayude a integrar el diagnóstico de la forma clínica de hepatopatía.

CONCLUSIONES

1.ª Se ha determinado, por primera vez en el Perú, lipasemia en enfermos con hepatopatías, utilizando la técnica de CHERRY y GRANDALL modificada por SEABRA y empleando el reactivo «Lipatest», que prepara el laboratorio «Fixalia», de Cali (Colombia).

2.ª Investigué lipasemia en cincuenta y dos personas con procesos morbosos del hígado.

3.ª En veinticuatro hombres con hepatitis, la lipasemia dio el siguiente resultado matemático-estadístico: cifra media, 9'29; con error «standard», $\pm$ 0'34; desviación «standard», 1'65; error «standard», $\pm$ 0'23; coeficiente de variación, 17'76 por ciento, y cifras extremas comprendidas entre 6 y 13.

4.ª En diez mujeres con hepatitis, la lipasemia dio el siguiente resultado estadístico: cifra media, 10'9; error «standard», $\pm$ 1'23; desviación «standard», 3'71; error «standard», $\pm$ 0'87; coeficiente de variación, 34'9 por ciento, y cifras extremas, comprendidas entre 5 y 17.

5.ª En seis hombres con colecistitis obtuve una cifra media de 10'1; error «standard», $\pm$ 0'54; desviación «standard», 2'7; error «standard», $\pm$ 0'27; coeficiente de variación, 26'7 por ciento, y cifras extremas, 6 y 14.

6.ª En siete mujeres con colecistitis, la cifra media fue de 8'8; error «standard», $\pm$ 2'4; desviación «standard», 3'05; error «standard», $\pm$ 0'88; coeficiente de variación, 28'4 por ciento, y cifras extremas, 5 y 14.

RESUMEN

La frecuente observación de casos en que se suma a una hepatitis o colecistitis una pancreatitis enmascarada, lleva a la determinación cuantitativa de lipasa sanguínea, como medio de precisar el diagnóstico.

En este trabajo se estudian las variaciones cuantitativas de lipasa sérica en enfermos hepáticos. Comienza por una descripción de la lipasemia en diversos estados morbosos, pasando después al estudio de sus variaciones en enfermedades hepáticas. A continuación describe la técnica de Cherry y Grandall, modificada por Seabra, para determinar la lipasa sérica. Expone e interpreta las comprobaciones realizadas en enfermos hepáticos del "Hospital Obrero" y "Dos de Mayo", para finalizar con una síntesis de las investigaciones practicadas.

Avala el tema una copiosa y moderna bibliografía.

BIBLIOGRAFÍA

1. ARCHIBALD, R. M.—«Determination of lipase activity». *Journal Biological Chemistry*, vol. 165, pág. 443. Baltimore, 1948.
2. AZUNE, T.—«Studies in serum lipase». *Journal Biochemistry*, vol. 4, pág. 239. Tokio, 1924.
3. BAXTER, H., and BAXTER, S. G.—«Variations in the level of serum lipase in experimental pancreatitis». *American Journal Digestive Diseases and Nutrition*, vol. 5, pág. 423. Philadelphia, 1937.
4. BALLS TUCKER.—«Activiti of lipase at low temperature». *Indian England Chemistry*, vol. 30, pág. 415. Calcuta, 1938.
5. BERNHARD, A.—«Serum lipase in hypertension and arteriosclerosis». *Proceedings Soaiety Experimental Biology and Medicine*, vol. 78, pág. 533. New York, 1951.
6. BERK, J. E.—«Diagnosis of carcinoma of the pancreas». *Archives of Internal Medicine*, vol. 68, pág. 525. Chicago, 1941.
7. BODANSKY, O., y BODANSKY, M.—«Bioquímica de la enfermedad», pág. 292. Méjico, D. F., 1944.
8. CANDEL, C. S., and WHEELOCK, M.—«Serum amylase and lipase in mumps». *Annals Internal Medicine*, vol. 25, pág. 88. Lancaster, 1946.
9. CAPALDO, A.—«Plasma lipasiematica e mezzi di difesa orgánica». *Bolletino del Istituto Sieroterápiao Milanese*, vol. 29, pág. 119. Milano, 1950.
10. CHERRY, I. S., and GRANDALL, L. A.—«Presence of an olive oil splitting lipase in the blood of patients with multiple sclerosis». *Proceedings Society Experimental Biology and Medicine*, vol. 28, pág. 572. New York, 1931.
11. CHERRY, I. S., and GRANDALL, L. A.—«The specifity of pancreatic lipase; its appearance in the blood after pancreatic injury». *American Journal Physiology*, vol. 100, pág. 266. New York, 1932.
12. COMFORT MANDRED, A.—«Serum lipase its diagnostic value». *American Journal of Digestive Diseases*, vol. 2, pág. 817. Philadelphia, 1937.
13. COMFORT, M. A., and OSTEMBERG, A. E.—«The value of determination of the concentration of the serum amylase and serum lipase in the diagnosis of disease of the pancreas». *Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic*, vol. 15, pág. 427. Rochester, 1940.
14. CUMMINS, J. A., and BOCKUS, H.—«Abnormal serum pancreatic enzyme values in liver disease». *Gastroenterology*, vol. 18, pág. 518. New York, 1951.
15. CHIANCA, L., y MARSICO, F.—«Comportamenot della lipasi plasmatica nella emopatie». *Bolletino della Società Italiana di Biologia Sperimentale*, vol. 24, pág. 867. Napoli, 1948.
16. DEL FABRO, V., y FERRERO, G. P.—«Valore prognostico della lipasemia nella affezioni non tuberculari dell aparato respiratorio e nella pleuriti». *Academia Medica*, vol. 63, pág. 93. Torino, 1948.
17. DANOPOULOS, E., and LINARDAKS, B.—«Untersuchunger veber Margenveraenderungen des Duodenalsagtes und der in diesem orhandenen Pankreas fermente bei am Unternachumg leidendem». *Klinisahe Wochenschrift*, vol. 30, pág. 700. Berlín, 1952.
18. DOZZI, D. L.—«Origin of blood lipase and blood amylase in the dog». *Archives of Internal Medicine*, vol. 68, pág. 232. Chicago, 1941.
19. DAVIDSON.—«Uber die Abhangigkert der lipases von Wessrstoffkonzentration». *Biochemische Zeitschrift*, vol. 49, pág. 249. Berlín, 1913.
20. ERDOS, J., y ESPIERA, M.—«Métodos clínicos y químicos de laboratorio», pág. 196. Méjico, D. F., 1944.

21. GRAY, S. H.; PROBSTEIN, J. G., and HEIFETZ, C. J.—«Transient acute pancreatitis». *Annales of Surgery*, vol. 108, pág. 1.029. Philadelphia, 1938.
22. GROSS, J. B.; COMFORT, M., and MATHIESO POWER.—«Elevated values for serum lipase and amylase following the administration of opiates a preliminary report». *Proceedings of Staff Meetings of the Mayo Clinic*, vol. 26, pág. 81. Rochester, 1951.
23. GOLDSTEIN, N. P., and ROE, J. H.—«The determinations of the lipolitia enzimes of blood serum». *Journal Laboratory and Clinical Medicine*, vol. 28, pág. 1.368. St. Louis, 1943.
24. IVY, A. C.—«Certains aspects of the applied phisiology of external pancreatic secretion». *American Journal Digestive Diseases*, vol. 3, pág. 679. Philadelphia, 1936.
25. JERGESEN, F. H., and SIMONDS, J. P.—«The blood lipase in patients with peptic ulcer its relation to hepatic and pancreatic disease». *Journal Laboratory and Clinical Medicine*, vol. 19, pág. 1.054. St. Louis, 1934.
26. JOHNSON, T. A., and BOCKUS, H. L.—«Diagnostic significance of determination of serum lipase». *Archives of Internal Medicine*, vol. 66, pág. 907. Chicago, 1940.
27. JIMÉNEZ, J. J.—«Etiopatogenia de las pancreatitis agudas y crónicas y su diagnóstico por la exploración funcional». *Hispalis Médica*, vol. 10, pág. 610. Sevilla, 1953.
28. KANITZ.—«Uber pancreasteapsin und uber die reacbron Geschwindigkert der mittls enzime bewerk den fett palting». *Zeitschrift fur Phisikelisahe Chemie*, vol. 46, pág. 482. Berlín, 1925.
29. KOLMER, J., y BOUNER.—«Métodos de laboratorio clínico», pág. 129. Méjico, 1954.
30. LAGERLOF, H.—«Normal esterasa and pancreatic lipase in serum in liver disease». *Acta Medica Scandinavica*, vol. 28, pág. 380. Stockholm, 1947.
31. LEÓN CASTRO, J. A.; CABRERA, R., y CARTAYA, M. A.—«Correlación funcional exoendocrina del páncreas». *Revista Cliniaa Española*, vol. 16, pág. 259. Madrid, 1945.
32. LOEVENHARD, A. S.—«On the so called coferments of lipase». *Journal Biological Chemistry*, vol. 2, pág. 391. Baltimore, 1924.
33. MÁRQUEZ, J.—«Valor semiológico de la lipasa pancreática en el suero sanguíneo». *Anales de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana*, vol. 76, página 115. La Habana, 1939.
34. MUETHER, R. O.; KNIGHT, W. (Jr.), nd MORAGUES, V.—«Pancreatic disfunction and liver disease». *Journal Yaboratory and Clinical Mediaine*, vol. 34, pág. 1.731. St. Louis, 1950.
35. MUKHERJEE, K. L., and WERNER, S.—«Enzimes activity and protein concentration in the serum of patients with mal nutrition». *Journal Laboratory and Clinical Medicine*, vol. 43, pág. 727. St. Louis, 1954.
36. MCCALL, M., and REHINHOLD, J. G.—«An evaluation of the clinical significance of serum amylase and lipase determinations». *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 80, pág. 435. Philadelphia, 1945.
37. MYHRE, J.; NESBITT, S., and HURLY, J.—«Response of serum amylase and lipase pancreatic to stimulation as a test of pancreatia function. The mecolil-secretine and the morphine-secretine test». *Gastroenterology*, vol. 13, pág. 127. New York, 1949.
38. MEYER, J., et MALGRAS, J.—«Contribution aux études des lipases dans les serums tuberculeux». *Bulletin de l'Acadernie Nationale de Médecine*, vol. 137, pág. 292. París, 1953.
39. NEEFE, J. R.—«In discussion of paper of Gross». *Gastroenterology*, vol. 16, pág. 159. Baltimore, 1950.
40. PERSKY, L.; RAVIN, H. A.; JACOBS, S., and SELIGMAN, A. M.—«Serum lipase activity in experimental acute hemorragic pancreatitis». *American Journal Phisiology*, vol. 166, página 413. New York, 1951.
41. POPPER, H. L., and PLOTKE, F.—«Studies on pancreatitis». *Surgery*, vol. 9, pág. 706. Saint Louis, 1941.
42. PALMER, L. S.—«The influence of various antisepties on the activity of lipase». *Journal American Chemistry Society*, vol. 44, pág. 1.527. New York, 1922.
43. RAFFENSPERGER, E. O.—«Elevates serum pancreatic enzyme without intrisec pancreatic disease». *Annals Internal Medicine*, vol. 35, pág. 342. Lancaster, 1951.
44. ROYER, M.; NOIR, A., y FERNÁNDEZ, E. D.—«Valor de las curvas de lipasemia y amilasemia producida por la carbanoilcolina en el estudio de los proaesos pancreáticos crónicos». *Prensa Médica Argentina*, vol. 46, pág. 2.833. Buenos Aires, 1953.
45. RONA, P., and LASTITZKI, A.—«A method for the determination of lipase in body fluids and tissues». *Biochemische Zeitschrifth*, vol. 152, pág. 504. Berlín, 1924.
46. RONA, P., and MICHAELIS, L.—«Upon ester and fat splitting in blood and serum». *Biochemische Zeitschrift*, vol. 31, pág. 345. Berlín, 1911.
47. ROBERTS, N., and BAGENSTON, A.—«Acute pancreatitis necrosis». *American Journal of Clinical Pathology*, vol. 20, pág. 756. Baltimore, 1950.

48. SELIGMAN ARNOLD, M.; GLOTZER, P.; LASTER, PERSKY and BENY, *D.*—«Preliminary alinical observation of serum lipase activity as determined by colorimetric method». *Surgery*, vol. 34, pág. 923. St. Louis, 1951.
49. SCOLARI, M., e GLULIANO, V.—«Indagini cliniche e sperimentali sull'attivite antitubercolare di un composto di associazione poliidrazidica». *Gazetta Medica Italiana*, vol. 113, página 114. Torino, 1954.
50. SEABRA, P.—«Técnica modificada de Cherry y Grandall para determinar lipasemia». Laboratorios «Fixalia». Cali, 1955.
51. SILVESTRE, J.—«Hígado y vías biliares», pág. 267. Buenos Aires, 1940.
52. TAKATA.—«Sur frage des naschweises und de verhaltens der lipase mensahichen Magen». *Zeitschrift Klinische Medizin*, vol. 98, pág. 120. Berlín, 1924.
53. URRUTIA, D.; MARTINI, J., y GRINSCHPU, N. S.—«Algunos aspectos fisiopatológicos de las alteraciones del páncreas en las colecistopatías crónicas». *Revista Médica de Chile*, volumen 78, pág. 245. Santiago, 1950.
54. VILLANUEVA MAYER, H.—«Efecto de los estimulantes pancreáticos sobre la amilasa y lipasa sanguíneas. Pruebas funaionales del páncreas». *Revista de Sanidad Militar*, vol. 25, página 517. Lima, 1952.
55. VEGHELYI, P. V.—«Nutrition discussion». *Acta Pediatrica*, vol. 36, pág. 128. Stockholm, 1948.
56. WAPSHAW, H.—«Significance of raised serum enzyme levels in perforated peptic ulcer». *British Medical Journal*, vol. 2, pág. 994. London, 1951.
57. WIRTS WILNER and SNAPE WILLIAM.—«Evaluation of pancreatic function test». *Journal American Medical Association*, vol. 145, pág. 876. Chiaago, 1951.
58. WILLSTATTER, R.; WALDSMIDT LEITZ, E., and MENMEN, F.—«Pancreatic enzymes. Determination of pancreatic function hydrolisis». *Zeitschrift fur Phisiologie Chemie*, vol. 129, pág. 93. Berlín, 1901.
59. VOLHARD, F.—«Ueber des fetts paltende ferment des magens». *Leitschrift Klinische Medizin*, vol. 42, pág. 414. Berlín, 1901.
60. WADSMONTH, J. V., and AARON, A. H.—«Observations on enzimatic activities of duodenal contents». *American Journal Surgery*, vol. 7, pág. 480. New York, 1929.
61. WEINSTEIN and WYMME.—«Influenae of various compounds on the hidrolitic activity». *Journal Biological Chemistry*, vol. 112, pág. 649. Baltimore, 1935.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 405. - TOMO LXVIII
DICIEMBRE 1959

¿UNA SISTEMÁTICA ETIOPATOGÉNICA?

POR EL

DR. LUIS SÁNCHEZ LACUNZA

ZARAGOZA

CADA día es mayor la importancia que se concede a los estudios de la ciencia genética y, por correspondencia, a los trabajos de Ontogenia, por cuanto desde ambos términos arrancan no sólo los principios de la vida, sino sus manifestaciones fisiopatológicas en el tiempo y en el espacio.

Entendemos que el clínico debe tener presentes todos los fundamntos ontogénicos o de desarrollo de todo ser vivo, por cuanto amplía su perspectiva de enjuiciamiento, su criterio clínico, en el origen y manifestaciones de las enfermedades.

Cosmológicamente, todo ser vivo obedece a tres principios: 1.º Una razón de espontaneidad. 2.º Otra razón de inmanencia; y 3.º Otra razón de finalidad. Por esta trilogía causal, la vida es un ente universal, con principio intrínseco o de sí mismo, dentro de unos cánones o módulos morfológicos que se continúan en el tiempo y en el espacio; por ello consideramos que todo estudio ontogénico es de singular importancia en el orden, tanto teórico como práctico, de las ciencias naturales.

Estos principios guardan entre sí una correlación sustancial, por todos conocida, de origen, operación y fin, que es lo que nosotros tratamos de conceptuar.

Los actuales conocimientos que poseemos sobre las enfermedades tienden a las más variadas especificaciones o manifestaciones morbosas en las que el clínico más concienzudo y observador, con ayuda de los más delicados medios de diagnóstico, se encuentra en dificultad en orden a la etiopatogenia de muchos procesos morbosos.

Por otra parte, se debe reconocer de modo implícito que la ciencia de observación, o sea, toda ciencia natural o positiva en el tiempo, está sometida a una continua valoración crítica, a una revisión en todos sus fundamentos por los cuales se llega a formulaciones en armonía con los hechos observados. Todo progreso científico descansa en un ejercicio inductivo de nuestra mente, ya que no puede darse una física racional sin una metafísica que la valore, que en nuestro caso es un orden inteligible de causa a efecto, entre el hecho anatómico evolutivo y su manifestación normal o patológica en su duración vital.

Por este motivo nos vemos impulsados a proponer teóricamente la sugerencia de una formulación sistemática en sus líneas generales, partiendo de la realidad

ontogénica o evolutiva como condición determinante *a priori* de un conjunto de procesos morbosos en la vida de tal cual ser vital o individuo. Fácil será el ver que desde este criterio genérico que nosotros consideramos, se tienen que resolver ciertas oscuridades etiopatogénicas, si no de todas las enfermedades, al menos de un determinado grupo de ellas, quizá muy importantes de la patología.

Conviene, antes de lo que se va a exponer, hacer una salvedad, en el sentido de que esta sugerencia no tiene otro propósito que el de fijar nuestra atención clínica, para que con sus votos autorizados puedan dar, no sólo su opinión crítica, sino que, al mismo tiempo, alguna otra sugerencia paralela o con ella relacionada, relativa a esta nueva dirección ontogénica de la etiopatología, para que, con el concurso de unos y otros, en labor de equipo, se pueda llegar a una conceptuación racional orgánica o sistemática de aquellos datos que posibiliten nuestros fundamentos, ya que se parte desde una realidad originaria con sólido fundamento anatómico o *in re*, como dirían los escolásticos.

Tampoco pretendemos ser exhaustivos, ni pecar de ambiciosos en estas breves notas, ya que la patología actual se encuentra en un nivel muy desarrollado, que admite muy pocas rectificaciones doctrinales; sólo se trata de llenar algunos huecos, explicar de un modo más lógico y racional algunos procesos no interpretados en sus lógicas manifestaciones causales. Y esto, en el mejor de los casos, no lo puede llevar a feliz término el que por temperamento establezca principios abstractos, sino el que por sus medios y condiciones, con abundante material de observación, el técnico, en una palabra, vaya dirigido mentalmente desde este punto de vista que exponemos sucintamente, como un simple teorema accesible a toda lógica.

Es de todos conocido el proceso evolutivo u organogénico de la vesícula germinal, ese eslabón de perpetuidad de la especie al diferenciarse de la materia germinal.

La embriología admite tres hojas blastodérmicas (*blastos*, germen *dermos*, piel): ectodermo, mesodermo y endodermo. El *ectodermo*, hoja que genera el sistema nervioso (sentidos, menos el del gusto, y la piel, con el tacto); el *mesodermo*, que da origen a los órganos de locomoción (huesos, músculos, aparato circulatorio y aparato génitourinario); y la hoja interna o *endodermo*, que genera la cuerda dorsal, aparato digestivo y aparato respiratorio.

Estas partes, diferenciadas en su génesis, se desarrollan según un principio de correlación o adaptación, que son los factores de inmanencia propios de todo ser vivo, que si actúan normalmente, dan lugar al biotipo, o si, por el contrario, se desvían, a casos teratológicos.

Además, si admitimos en esas diferenciaciones celulares factores determinantes morfogenéticos de naturaleza específica para cada hoja blastodérmica, no cabe duda que a ésta responderá un orden etiopatogénico o de causas comunes originales, cuando una predisposición o una ocasión accidental perturbe su equilibrio funcional.

En este sentido afirmo que la conexión morfológica de cada lámina blástica es un antecedente necesario de la conexión fisiopatológica de los sistemas y aparatos de la misma hoja germinal.

Se quiere decir que si partimos de la correlación organogenética de la hoja ectodérmica, y la pongo como ejemplo, por cuanto el supuesto es válido para las dos restantes, que sabemos generan el sistema nervioso, sentidos y piel, se considera que dichas partes o sistemas evolucionados, al parecer, tan autónomos, deben poseer un lazo común de expresión morbosa dependiente por obedecer a la misma línea causal organogenética. Este criterio etiológico no existe ningún inconveniente el

trasladarlo a un otro de orden terapéutico, con lo cual estamos frente a nuevos hechos de interpretaciones clínicas que forzosamente sistematizarán los datos de modo más sintético.

Se me objetará que este criterio de interdependencia etiopatogénica no sea tan observable en la práctica como fuera de desear; tan simple y objetivo que no diera lugar a dudas que lo fuera a poner en tela de juicio. A esto se puede responder que en clínica existen lagunas inexploradas, ante las cuales debemos echar mano tanto de recursos metodológicos como de intuiciones metafísicas, y que además se debe tener en cuenta el específico funcionamiento de cada sistema en orden a las alteraciones que pueda experimentar para una adecuada terapéutica.

Nos damos cuenta de la posibilidad de frecuentes casos de interferencia causal, así como de síntomas objetivos de distintas hojas genéticas, ante los cuales el clínico se vea en dificultad para hacer las descripciones más precisas en orden a nuestro modo de enfocar la cuestión.

Si a esto se añade que todo ser vivo obedece a un principio de unidad individual en la que las partes y el todo se conjugan de modo sustantivo, aumentarán estas dificultades hasta el punto de no conceder valor clínico a este criterio ontogénico. No obstante, entendemos que ante la naturaleza debemos ser objetivos de modo radical y absoluto, si queremos que ella nos descubra los secretos que tan celosamente nos oculta. Por todo lo cual, espero que el buen juicio de la clínica no dejará de lado esta sugerencia ontogénica de cierto número de procesos en orden a los factores determinantes desde esta nueva interpretación embriológica.

RESUMEN

Exposición de un concepto etiológico para una sistemática organogénica, basado en el desarrollo de las hojas blastodérmicas, considerando que los sistemas de ellas derivados deben poseer un grado común de expresión morbosa.

Dirección: General Franco, 66, pral. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 405. - TOMO LXVIII
DICIEMBRE 1959

EL RUIDO, ENEMIGO DEL OBRERO

PAPEL DEL OTÓLOGO EN LA INDUSTRIA

POR EL

DR. JOSÉ R. MOZOTA SAGARDÍA

DIPLOMADO EN OTORRINOLARINGOLOGÍA DE SANIDAD MILITAR

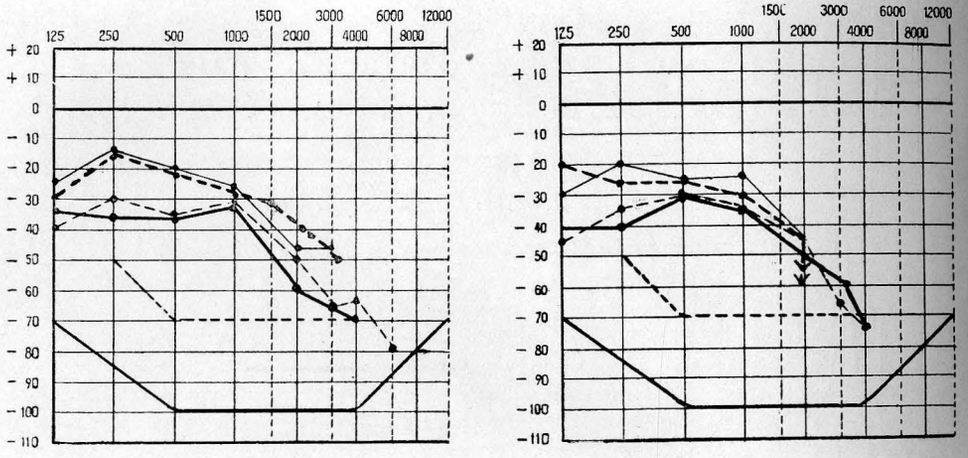
SANTANDER

Conocido es desde los tiempos bíblicos el papel destructor del ruido: el derrumbamiento de las murallas de Jericó al intenso sonido de las trompetas de Israel; también es citada por la Biblia la sordera llamada de los caldereros. Pero es en nuestros tiempos cuando, con los modernos sonómetros, se ha podido medir la intensidad del ruido, a la vez que se estudiaban los diversos efectos que producía en el organismo humano. Las diversas frecuencias, las intensidades de las citadas frecuencias; el tiempo que actúa el sonido ruidoso, permanente o breve —en este caso, a veces, como impulsos—, producen efectos sobre el oído humano, en primer lugar; sobre el sistema nervioso, en segundo lugar, y sobre todo el organismo, en último término, dando ocasión, en esta época de mecanización, a efectos terribles, que han exigido por parte de los poderes públicos una legislación de protección colectiva, de protección individual, de protección en los medios de trabajo, que impida los efectos nocivos, que guarde la salud de los obreros y de los ciudadanos en general, y que en los casos en que aquellos productores que por motivo del ruido ambiental de su trabajo padezcan lesiones irreversibles, va haciéndose en los diversos países una legislación laboral que obliga a darles un trabajo adecuado a los lesionados, o indemnizaciones con arreglo a sus lesiones.

Estando viviendo bajo el signo de las legislaciones laborales y sociales, y siendo el valor de la moneda de los diversos países relacionado con la industriosidad y productividad de sus nativos, es de gran interés no llegar a producir inválidos, sino preservar a los productores de adquirir estas lesiones irreversibles, que harán de ellos cargas para la sociedad.

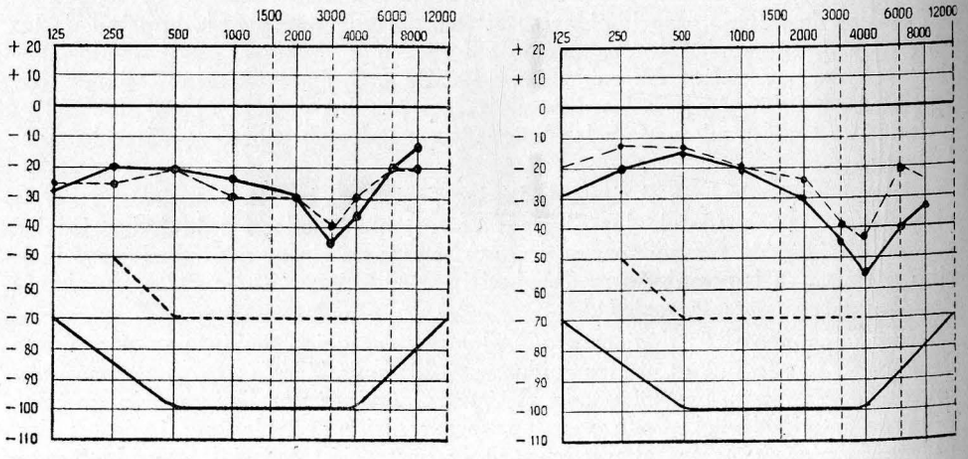
Hay unos efectos fisiológicos producidos por cualquier sonido, por el conjunto de ellos y, por lo tanto, por los ruidos; son los consabidos efectos de enmascaramiento, que a veces afectan a todo el sistema nervioso por la irritación que una falta de inteligibilidad produce en una conversación, con las consiguientes descargas adrenalínicas; las alteraciones en la percepción espacial, creando inseguridad en el trabajador; la sensación de umbral dolor, cuando las intensidades

pasan de los 120 decibelios; las modificaciones en la acomodación auditiva; las anomalías en la adaptación, que modifica la respuestas del delicado mecanismo protector de huesecillos y de músculo del martillo en relación con el V par, y del músculo del estribo relacionado con el VII par.



AUDIOGRAMAS LIMINARES DE OBREROS TRABAJANDO EN MEDIOS AMBIENTES RUIDOSOS, VISTOS AL FINAL DEL TRAUMA AUDITIVO.

El fenómeno de la fatiga auditiva, para cuyo estudio disponemos del fenómeno de recuperación, medible con la prueba de Fowler o, mejor aún si los dos oídos son afectados, por la prueba de umbral diferencial de intensidades. La fatiga sabemos que puede depender no sólo de la intensidad del ruido, ni de la duración del tiempo que ha estado expuesto el obrero al ruido, sino de un factor individual, quizá en relación con la nutrición de sus células ciliadas, con su sistema nervioso.



AUDIOGRAMAS LIMINARES VISTOS AL COMIENZO DEL TRAUMA AUDITIVO.

La fatiga es reversible siempre; pero la acción continua del ruido produce, como sabemos, el traumatismo auditivo. Y esto es lo que tenemos que evitar, pues el traumatismo auditivo, en sus comienzos, puede ser reversible y llegar a desaparecer su cortejo sintomático de hipoacusia tonal de determinada zona, su fenómeno de recuperación audiométrica, su diploacusia, su trastorno de inteligibilidad; y entonces es cuando el otólogo precisa desempeñar su papel.

Por haber tenido que peritar en la Magistratura de Trabajo de Santander en casos previamente vistos con audición normal y explorados nuevamente con motivo de lesiones por trauma auditivo, hemos comprobado que el clásico escotoma de los tonos 3.000 y 4.000 c. p. s., en el audiograma tonal liminar, en forma de V, es el primer paso para detectar estos casos; y los obreros explorados por nosotros correspondían a trabajos de astilleros, en fundiciones y en perforaciones de túneles con martillos neumáticos, en los que tanto como el ruido influía la transmisión ósea a través de los brazos.

En los casos que hemo peritado han sido lesiones ya irreversibles; pero tengo el pleno convencimiento de que si hubiesen sido vistos, como otros casos que han venido a consultar por otros motivos, y hallados los comienzos de escotoma, cambiados de ambiente ruidoso, han recuperado su audición, habiéndoseles dotado posteriormente, en su trabajo, de medios colectivos de insonorización, de protecciones individuales y, sobre todo, una vigilancia metódica y sistemática periódica de dichos obreros.

CONCLUSIONES

1.ª Debe hacerse llegar a las autoridades laborales la imprescindible necesidad de la previsión periódica de los obreros que trabajan en ambiente ruidoso, aun protegidos individual y colectivamente, vigilancia que ha de ser practicada por un otólogo, bien provisto de medios audiométricos de garantía, cámara insonora, etc. De análoga manera a como se exploran periódicamente los obreros predispuestos por su trabajo a la silicosis.

2.ª Este otólogo debe estar dotado de sonómetros para estudiar la sonometría del ambiente ruidoso de la fábrica, astillero, telar, etc., donde trabajan los obreros, fijando el umbral sonoro tolerable y tomando las medidas precisas de protección.

RESUMEN

Se ponen de relieve los desfavorables efectos producidos por los ruidos en el aparato auditivo y en el organismo en general, que han llevado a los poderes públicos a una legislación de protección colectiva e individual contra ellos. Se destaca el papel importante que el otólogo tiene con los obreros industriales en su vigilancia y exploración periódicas, para tomar las medidas de protección adecuadas.

Dirección: Jesús de Monasterio, 8, pral. Santander.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 405. - TOMO LXVIII
DICIEMBRE 1959

NUEVOS PAPELES DEL DOCTOR ANDRÉS PIQUER

II. HIGIENE DEL CULTIVO DEL ARROZ

POR EL

DR. VICENTE PESET LLORCA

VALENCIA

EN 1863, el Instituto Médico Valenciano premiaba una memoria escrita por el médico bávaro J. B. Ullersperger —historiador de nuestra Psiquiatría—, titulada «Cartilla higiénica para el cultivador de arroz y habitante en tierras pantanosas». Con ello se ponía de manifiesto el ininterrumpido interés por una grave cuestión: el paludismo, más o menos endémico, debido a la proximidad de los arrozales. Las medidas más antiguas para evitar esta infección lacustre datan de la Edad Media; a ellas siguieron otras, en épocas distintas, cuyas disposiciones fueron reunidas (en su mayor parte) en un volumen (*) por alguien interesado en el asunto, junto con algunos informes médicos solicitados por las autoridades; algunos de los cuales son extensos y tienen interés como muestra de la manera de concebir tales infecciones en la época de su redacción. Entre ellos figura uno, breve, de Andrés Piquer, fechado en 1751 e impreso luego, en 1755. A continuación, y sin más comentario, va una reproducción fotostática del mismo.

(*) Se conserva en la Facultad de Medicina de Valencia (signatura: 16/24). Otros datos, en *J. B. Peset y Vidal*: Topografía médica de Valencia y su zona (Valencia, 1878), pág. 363.

DICTAMEN

DEL DR. DON ANDRES PIQUER, MEDICO TITULAR DE la Ciudad de Valencia, Proto-Medico de ſu Mag. y ſu Medico de Camara, ſobre la ſiembra de Arrozes en algunos parages de la Huerta de Valencia.

HAviendoſe dado cuenta en el Cabildo, que celebrò la Ciudad de Valencia en 21. de Enero 1751: Que del abuſo, que ſe havia introducido de ſembrar Arrozes en ſus inmediaciones por la parte de Ruſaſa, ſe experimentaban perjudiciales efectos, como lo manifeſtaba el exceſsivo numero de enfermos que padecian Tercianas, y otros muchos accidentes, aſsi dentro de la Ciudad, como en los Lugares de ſu Termino; y que ſu Mageſtad havia prohibido eſta ſiembra abſolutamente, por nociva à la ſalud publica, en la Ciudad de S. Felipe: Se diſpuſo, que paſſando ſu Medico Titular à los ſitios donde ſe plantaban los Arrozes, hicieſſe relacion por eſcrito, ſi podrian perjudicar à la ſalud de los moradores de la Ciudad, y Lugares de ſu contorno, y haſta què parages ſe podrian alexar, para evitar el recelo de ſus fatales influxos, con todo lo demàs que ſe le ofrecieſſe explicar en eſte aſſunto; y en ſu cumplimiento expuſo lo ſiguiente:

MUY ILUSTRE SEÑOR: He viſto de orden de V.S.M.I. los parages en donde ſe plantan los Arrozes, ſituados entre el Medio dia, y Poniente de eſta Ciudad, deſde los lindes que V.S. tiene pueſtos en el Termino del Lugar de Albal, haſta la Cequia nueva del Vall, ſituada en la partida que llaman del Broſquil, y todos ellos ſe extienden por las orillas de la Albufera, y principalmente por los Bordes de las Cequias llamadas del Fus, Rabiſancho, Eixarchs, y en la ya nombrada del Vall, como V.S. podrà ver en el Mapa: de modo, que de algunos Lugares de la Contribucion particular, apenas diſtan media legua; y aunque de eſta Ciudad parezcan eſtar diſtantes una legua, pero es pequeña, y entre los Arrozes, y eſta Capital no hay Montes, ni Valles, ni ninguna otra ſuerte de reparos, que puedan embarazar la comunicacion de los vientos; antesbien todo el territorio, que media entre eſta Ciudad, y los plantìos de Arrozes, es una llanura eſpacioſa, ſin hallarſe en ella nada que embaraze la viſta, ni la correſpondencia de los ayres: Siendo pues indubitable, que el ayre inficionado con las exalaciones que ſe le comunican de los lugares donde ſe cria el Arroz, producen muchas, y graves enfermedades, y epidemias peligroſas, como tienen la triſte experiencia de eſto aquellos infelices, que, ò por neceſsidad, ò por deſtino, ò por la codiciosa ambicion de el oro, tienen ſu morada junto al Lugar donde eſta Planta ſe cria, aſſegurandonos aſsimiſmo los grandes daños, que en la ſalud de las gentes ocaſiona el ayre de los Arrozes, y de qualeſquiera otras Lagunas infec-

tas

tas con exalaciones de eſta naturaleza, el celebre Juan Maria Lanſiſi, Medico, y Conſejero intimo del Papa Inocencio XI. en ſu eruditiſsimo Tratado de las exalaciones dañoſas de las Balſas; es coſa clara, que ſi nos conſtaſſe, que el ayre de eſta Ciudad eſtaba infecto, como el del plantìo de Arrozes, nos conſtaria tambien, que en ella padecerian los habitadores aquellas enfermedades, que el ayre aſsi infecto puede ocaſionar en los que le reſpiran: de donde ſe ſigue, que probandoſe, que el ayre de los Arrozes de los parages arriba propueſtos, pueden llegar à eſta Ciudad, è inficionar la Atmoſféra de ella; quedarà probado tambien, que el plantìo de Arrozes en los Lugares ya ſeñalados, puede ſer cauſa de muchas enfermedades en los moradores, que la habitan.

Para moſtrar, que el ayre infecto de los Arrozes de los parages referidos, puede comunicarſe à la Ciudad Capital, no es menester mas, que conſiderar: Lo primero, la abertura de las Campañas, pues no haviendo entre los Arrozes, y la Ciudad Monte ninguno, ni Valle, que pueda embarazar la comunicacion de los ayres, coſa clara es, que ſoplando los vientos del Poniente de Invierno, y del Medio dia, ha de ſer llevada la infeccion de los Arrozes ſin embarazo ninguno à eſta Ciudad, porque la fuerza de los vientos ſuele trasladar à Lugares muy diſtantes las exalaciones que van con el ayre, quando algunos Montes, ò otros reparos no le embarazen; y eſto lo vemos, que cada dia ſucede en las Nieblas, Nubes, Rocìos, y otras eſpecies de meteoros, que cada dia nos comunican. La experiencia mueſtra en eſte miſmo Paìs, que ſi eſtàn nevadas las Sierras, que le cercan por el Poniente, y Tramontana, al inſtante llega à la Ciudad el frio, que la nieve comunica al ayre; no por otra razon, ſino porque la Campaña es abierta, y no hay montes, ni eſtorvos, que embarazen la comunicacion del ayre frio deſde los parages nevados, haſta ella: Lo ſegundo, porque todavia no eſtà decidido por los Fiſicos experimentales, haſta donde llega la Atmoſféra particular de cada ſitio: Y aunque por lo comun ſe dà una legua para ſeñalar ſus limites, pero eſto ha de entenderſe, quando el ayre tiene embarazos intermedios, para que la Atmoſféra de un Lugar no ſe comunique al de otros: y es de advertir, que la legua que ſuele ſeñalarſe para diſtinguir las Atmoſféras de los Lugares, no ha de medirſe como la que uſan los Geometras, porque à èſta en Eſpaña le dàn 4000 paſſos geometricos; con la conſideracion, que eſta medida es ſuficiente para los fines à que ſe deſtinan, de ſeparar Terminos, y diſtancias, y la legua que ſepara las Atmoſféras, todavia no cóſta quan grande ſea, porque varìa mucho, ſegun la poſtura de los parages, y ſegun los montes que median entre ellos; y ſolo por la experiencia, y viſta, è inſpeccion ocular de los terrenos, y de los ſitios, puede determinarſe. Yo hago juicio, que ſin embargo de diſtar los Arrozes ya mencionados, una pequeña legua de eſta Ciudad, ſe comunica la Atmoſféra de los

los parages donde ſe crian, à la de èſta, ya por la cercanìa, ya tambien, porque nada hay que lo embarace; y quiero ſuponer por aora, que huvieſſe Peſte en las Barracas, y Alquerias, que eſtan junto à eſtos Arrozes, y pregunto: ſi quedaria algun habitador de eſta Ciudad que no la temieſſe, y tengo por cierto, que ſe tomarian las mayores, y mas vivas Providencias, para que no ſe comunicaſſe el contagio; ſin que para eſto les detuvieſſe la diſtancia del Lugar, ni la pequeña legua, que hay entre èl, y eſta Ciudad: Lo tercero, porque la experiencia mueſtra, que todos los Lugares cercanos à el Arroz, y aun los que eſtàn caſi tan diſtantes como la Ciudad, padecen continuamente enfermedades epidemicas de Tercianas, Dolores de coſtado, y otras ſemejantes, que ſuele cauſar el ayre de los Arrozes; y aſsi vemos, que el Lugar de Ruſafa, y todas ſus Huertas, adolecen en *ſumo grado* de eſtas dolencias, y en eſta Ciudad ſe ven padecer con mayor frequencia de lo ordinario.

Por todas eſtas razones, es mi dictamen: Que ſi V.S.M.I. quiere que en eſta Ciudad, y ſus contornos no ſe padezcan las enfermedades ſobredichas, ſerà preciſo mandar quitar los Arrozes de los Lugares que hablamos; y para quitar toda equivocacion hago juicio, que ceſſarà en la Ciudad eſte peligro, con tal, que ſolo ſe conſientan deſde los limites, que la Ciudad tiene pueſtos en el Termino de Albal, echandolos àzia la parte del Medio dia, y Poniente, pero tirando una linea derecha, que baxe deſde el ultimo limite, que llaman vulgarmente (fita) haſta la Albufera, en manera ninguña conviene el plantìo de Arrozes deſde dicha linea àzia el Levante, ò Tramontana; porque ſi eſtàn los Arrozes mas acà del Rio ſeco, ò Barranco de Catarroja, ciertamente pueden ſer dañoſos à la Ciudad; y los que ſe hacen, ò pueden hacerſe deſde el citado Barranco, haſta la linea que llevo propueſta, es muy contingente que puedan ſer malos, y es lo mas veroſimil, que tambien pueden infectar el ayre de la Ciudad: Y como en las coſas, que pertenecen à la ſalud publica, debemos dar ſiempre el Dictamen mas ſeguro, por eſſo en la excluſion de los Arrozes, deben tambien entenderſe los que hay deſde el Barranco de Catarroja, haſta la linea que Yo he propueſto. Aſsi lo ſiento. De mi Eſtudio, y Marzo 21. de 1751. = Dr. Andrès Piquer.

Se encuentra ſu Original en los Libros Capitulares de la Ciudad de Valencia, correſpondientes al año 1751. de donde, y en conformidad de lo acordado en ſu Cabildo de 12. del mes de Setiembre de eſte año de 1765. ſe ſacò, y ſe imprimiò eſta Copia.

RESUMEN

Reproducción de un interesante informe del ilustre protomédico don Andrés Piquer, realizado en 1751, sobre "Higiene del cultivo del arroz", que es una prueba más del concepto de las infecciones en aquella época. La impresión del documento es posterior, en 1765.

Dirección: Cirilo Amorós, 90. Valencia.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 405. - TOMO LXVIII
DICIEMBRE 1959

LIBROS

AUTORES NACIONALES

V REUNIÓN NACIONAL DE SANITARIOS ESPAÑOLES. LIBRO DE ACTAS. *Un volumen (17 por 24 cm.) de 1.047 páginas; rústica. Publicaciones de la Dirección General de Sanidad. Impreso en Gráficas Osca, S. A. Madrid, 1959.*

En la primavera pasada se celebró en Madrid esta magna concentración sanitaria, en la que participaron médicos de todas las ramas de la Sanidad Nacional, farmacéuticos, veterinarios, matronas, auxiliares médicos y enfermeras.

Aparte de las tres ponencias oficiales sobre «Labor asistencial en los grandes núcleos de población», «Estudio de la atmósfera y lucha contra las poluciones que la infectan» y «Organización de la Sanidad ambiental», se recogen en este volumen, agrupadas en diez secciones, todas las comunicaciones e intervenciones que allí se presentaron, muchas de ellas de gran interés y trascendencia para deducir perspectivas sanitarias preventivas que eviten la carga abrumadora de enfermedades, aumentando el bienestar y prosperidad de nuestras sociedades, y mejorando aún más la morbilidad en nuestro país por enfermedades e invalideces evitables.

El recoger toda la abundante aportación presentada, en plazo de tiempo tan breve, constituye un motivo de felicitación y aplauso para cuantos intervinieron en su organización y desarrollo, siendo además un exponente fiel de la trascendencia e interés de aquella reunión.—RICARDO HORNO LIRIA.

TERAPÉUTICA ANTIBLÁSTICA. (ESTADO ACTUAL DE LA TERAPÉUTICA MÉDICA DE LAS NEOPLASIAS), *por el doctor* ENRIQUE BASSAS GRAU. *Un vol. (13'5 por 20 cm.) de 125 páginas, núm. 222 de la Colección Española de Monografías Médicas; rústica. Precio: 50 pesetas. Queromón, Editores, S. A. Calabria, 66 al 76, Barcelona. Año 1959.*

De este volumen, las setenta y dos páginas primeras van dedicadas al título principal de la obra, o sea, a la terapéutica antiblástica; el resto, o sea, cincuenta y cuatro páginas, ocupa la publicación de tres trabajos: el primero, del doctor A. C. Frazer, sobre «La patogenia del síndrome de mal absorción; bases para un diagnóstico y un tratamiento mejor de este estado clínico»; el segundo, del doctor Jacques Leménager, sobre «Conducta a seguir en presencia de una disnea», y el tercero, del doctor J. J. Debain, sobre «Sorderas bruscas»; estos tres, con paginación que comienza con el número 181 y termina con el 234.

En 1957, G. Doin et Cie. publicó el libro del doctor Ernest Huant sobre «Les traitements mitotiques du cancer»; ahora, el doctor Enrique Bassas Grau nos da en nuestro idioma, con el título de «Terapéutica antiblástica, el mismo problema, y en él aborda y pone al día el siempre candente y de actualidad tratamiento médico del cáncer, siguiendo, aunque con auténtica personalidad, las sugerentes necesidades sentidas por otros autores, como el americano Henry D. Daimond, del que M. Marín publicó la traducción española de su libro, precisamente titulado «Tratamiento médico del cáncer», en este mismo año 1959.

La presente publicación lleva un prólogo en francés, del doctor Ernest Huant (París), en el que hace un sentido elogio, que nos complace resaltar con toda justicia, por la solidez de su documentación, encaminada a poner de manifiesto la importancia del metabolismo celular y más particularmente de su metabolismo nuclear, y de estas directrices derivan las indicaciones precisas de la quimioterapia antitumoral o antimitóticos propiamente dichos, y antimetabolitos, estableciendo los tres objetivos terapéuticos siguientes:

A) Supresión de los agentes etiológicos.

B) Modificar las características anatomopatológicas del tejido neoplásico (destrucción de las células cancerosas).

C) Normalizar las condiciones disfuncionales que caracterizan al terreno canceroso (modificación neuro-ergonal).

Incluye en el componente *ergonal*, además de las secreciones internas, todos los sustratos o «ergonas» dotados funcionalmente de actividad biológica, como las diastasas, vitaminas, ácidos nucleicos, elementos minerales, aminoácidos, al control del hipotálamo, que, en unión de la hipófisis, constituyen los centros superiores jerárquicos de dicha correlación neuro-ergonal.

La exposición de estos objetivos terapéuticos le da ocasión de presentar un conciso pero muy interesante estudio farmacológico de los diversos remedios terapéuticos que pueden usarse; de aquí la importancia que para todo médico tiene este trabajo, ya que informa con precisos detalles sobre este auténtico arsenal de la terapia oncológica.

Todo ello escrito con la suficiente meditación y competencia, que nos impulsa a recomendar su lectura y estudio, en la seguridad de que todo ello puede ser de la mayor utilidad.

Completan el volumen tres estudios monográficos muy interesantes, que ya hemos citado al principio.—M. VICENTE CARCELLER.

DEDEF (DICCIONARIO ESPAÑOL DE ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS). *Boletines suplementarios del segundo y tercer trimestres de 1959. San Sebastián.*

Hemos recibido los suplementos correspondientes a los trimestres segundo y tercero de 1959, del «Dedef», en los que se recogen las modificaciones y novedades de productos farmacéuticos aparecidos últimamente en el mercado.

De todos es conocida la utilidad del «Dedef», que recoge todos los preparados del mercado español, con sus características, dosis, indicación y precio, por lo que a los que lo posean les interesará sin duda la obtención de estos suplementos, que mantienen la obra al día.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

AUTORES EXTRANJEROS

LE NOUVEAU-NÉ. DIRECTIVES THERAPEUTIQUES MEDICO-CHIRURGICALES, *por* MARCEL FÈVRE. *Un vol. (15'5 por 24'5 cm.) de 200 páginas, con figuras; rústica. Precio: 2.500 francos. Gastón Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeón, París VI. Año 1959.*

El profesor Fèvre, de la Clínica Quirúrgica Infantil y Ortopédica de la Facultad de Medicina de París, es toda una figura ya consagrada, que no necesita ser alabada para que se sepa previamente, antes de abrir sus libros, que en ellos va a encontrar uno, con su estudio, su lectura y hasta su consulta, el resultado satisfactorio de lo que buscábamos.

La Biblioteca Médico-Quirúrgica del profesor Turpin tiene otro tomo más que resuelve los problemas de la clínica diaria con su carácter tan didáctico, tan claro y tan decisivo, como lo suele hacer con toda su colaboración.

Esta monografía, con la que le sigue: «Le nouveau-né. Terapéutica médica. Prevención y cuidados», son dos libros que no deberán faltar en la biblioteca, no ya del especialista de niños, sino del médico general y, en fin, de todo el que tenga que ver algo con los niños. Porque los autores del país vecino saben poner la Medicina al día y al alcance de todos con la sencillez de lo difícil que puede ser tan sencillo cuando es perfecto.

El autor empieza su obra con un capítulo dedicado a la terapéutica médico-quirúrgica en los estados de muerte aparente y de anemia aguda del recién nacido; para estudiar todas las indicaciones quirúrgicas de las malformaciones quirúrgicas en los traumatismos obstétricos y precoces; en las malformaciones congénitas exteriores que se observan a la simple exploración externa del recién nacido; el de las ocultas, que es necesario estudiar y explorar. Se ocupa después de las indicaciones quirúrgicas en el período postnatal, terminando su obra con el capítulo dedicado a los métodos terapéuticos de reequilibración y reanimación del recién nacido.

Un extenso índice bibliográfico y alfabético completan este libro, muy bien editado e impreso en buen papel, letra clara y con veintiocho figuras.—A. MALLÓU LABRADOR.

PRÉCIS DE CHIMIE BIOLOGIQUE, *por* JEAN-EMILE COURTOIS *y* ROLAND PERLÈS. *Tomo I. Un vol. (16'5 por 21'5 cm.) de 453 páginas, con 27 figuras; encuadernación en cartón-tela flexible. Precio: 3.400 francos. Masson et Cie., Editeurs. 120, Boulevard Saint Germain, París VI. 1959.*

Jean-Emile Courtois no precisa presentación. Es un hombre completo como investigador y maestro, en primera fila entre los bioquímicos de Francia, de oratoria concisa y profunda; su libro se adapta a su personalidad. Roland Perlès, su discípulo y colaborador, sigue la línea del maestro.

El valor de este «Précis» está, no sólo en la correcta selección de los temas, sino también en la forma original de exponerlos y ordenarlos, forma que se aparta de todos los sistemas clásicos de ordenación corrientes en textos y tratados de Bioquímica. La presentación conjunta de la bioquímica estática y dinámica, tratando de liberarse de la parte «anatómica» de la materia, para entrar rápidamente en la funcional, pero sin excluirla, demuestra un sentido más claro y práctico de la realidad que el corriente.

Auténtica innovación el iniciar la materia con cuatro capítulos de enzimas, siguiendo a continuación, en este mismo volumen, los elementos minerales, los carotinoides y los glúcidos. Esperamos el segundo tomo para acabar de calibrar la obra en conjunto.

La exposición es clara, didáctica, ordenada y, a la vez, amena y fácil. Obra recomendable para iniciados que deseen ponerse al día en tiempo no excesivamente largo, y para alumnos en general, con base de química orgánica.—ANDRÉS PIÉ.

PRATIQUE MEDICAMENTEUSE, *por* R. HAZARD, J. BOISSIER y R. LECHAT. *Un volumen (15'5 por 24'5 cm.) de 280 páginas; rústica. Precio: 3.200 francos. G. Doin et Cie., Editurs. 8, Place de l'Odeón, París, VI. Año 1959.*

PODRÍAMOS considerar este libro como una recopilación del arte de recetar, pues, como dice el autor en la introducción de la obra, la abundania de medicamentos específicos ha hecho olvidar el clásico arte de redactar una receta, de componer las fórmulas magistrales o las formas oficinales, y esto constituye una equivocación. Por una parte, gran número de formas oficinales y fórmulas magistrales clásicas siguen teniendo gran utilidad y están garantizadas por una experiencia de muchos años, lo que no siempre ocurre con algunos específicos. Además, para recetar éstos se requiere conocer una serie de datos sobre la nomenclatura, dosis, vía de administración, etc., sobre lo que no siempre se insiste lo suficiente en los libros de farmacología.

De aquí el interés de esta obra, que creemos será de utilidad para el médico, especialmente su primera parte, de ochenta páginas, en la que se recogen los datos que antes hemos señalado, constituyendo lo que pudiéramos considerar como premisas del arte de recetar.

El resto del libro consiste en una clasificación de los medicamentos y una lista alfabética de los mismos, en la que figura el nombre fundamental y algunos nombres comerciales más divulgados, la indicación, la dosis y vía de administración.

Aunque está adaptado naturalmente a la farmacopea francesa, pueden aplicarse con facilidad sus datos al arsenal farmacéutico español, pues son escasas las diferencias de nomenclatura.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

CIRUGÍA DEL MÉDICO GENERAL, *por* FREDERICK CHRISTOPHER. *Un vol. (17'5 por 25 cm.) de 755 páginas, con 251 figuras. Editado por Espasa-Calpe, S. A., Madrid, año 1959.*

SE trata de la segunda edición española, traducida de la séptima inglesa por el doctor don Jesús Bartolomé Iraeta.

Es una obra dividida en ocho partes, que tratan, respectivamente, de: «Consideraciones generales», «Piel y tejido subcutáneo», «Músculos y esqueleto», «Aparato digestivo», «Enfermedades vasculares periféricas», «Aparato génitourinario», «Cabeza» y «Sistema nervioso».

Estas partes están a su vez divididas en un total de veintidós capítulos, redactados por veintiún colaboradores.

Es un libro que ofrece al médico general, que quiera o tenga que hacer una cirugía que cae dentro de sus posibilidades, una valiosa ayuda. Encontrará en él información adecuada sobre instrumental, cuidados pre y postoperatorios, apósitos y vendajes, anestesia y resucitación en sus distintas técnicas, fracturas y luxaciones, heridas, quemaduras, infecciones, así como la manera de proceder en numerosas afecciones quirúrgicas de los diferentes órganos. También se encuentran en él unas interesantes consideraciones para el que desee ser cirujano.

Consideramos esta obra —impresa en excelente papel y encuadernada en tela— de gran utilidad práctica.—J. RIVERA.

PRÉCIS DE PHARMACODYNAMIE, *por* G. VALETTE. *Un vol. (16'5 por 21'5 cm.) de 519 páginas, con 126 figuras; encuadernación en cartón-tela. Precio: 4.200 francos. Masson et Cie., Editeurs. 120, Boulevard Saint Germain, París, VI. 1959.*

CONSTITUYE este volumen uno de los perteneciente a la colección «Précis de Pharmacie», dedicada a los estudiantes de Farmacia de Francia, que encuentran en ellos un resumen y una orientación moderna de las materias a estudiar durante el curso correspondiente. Sin embargo, este tomo, dedicado a la fármacodinamia, es también muy útil para el médico y para el estudiante de Medicina, pues viene a constituir un tratado de Farmacología, breve, bastante completo, enfocado desde el punto de vista farmacodinámico, que al fin y al cabo es el que mayor interés va a tener para el médico.

Como casi podemos decir que es la regla en los libros de texto franceses, todo él está presidido por la claridad y la concisión, con lo que la lectura se hace agradable.

En la primera parte, de Fármacodinamia general, se estudian las vías de administración de medicamentos, su penetración en el organismo, el destino que siguen en él, su acción conjunta, sinérgica o antagónica, así como los métodos de estudio de la acción de los medicamentos y de su dosificación experimental, datos todos ellos de interés para el médico.

En la parte especial se hace una revisión de los diferentes medicamentos, clasificándolos por su punto de acción (medicamentos del sistema nervioso central, del sistema nervioso vegetativo, de la placa motriz, del aparato cardiovascular, urinario, sangre, digestivo, respiratorio, quimioterápicos, sulfamidas, antisépticos, antibióticos, anticancerosos, hormonas y vitaminas). Como se ve, la obra es completa, y por su concisión y claridad ha de resultar muy útil. La presentación, excelente, como viene siendo norma de la casa Masson.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE-CLINIQUE, *por el profesor* JEAN OLMER *y colaboradores. Dos volúmenes (21 por 27 cm.) con 1.440 páginas encuadernadas en forma de hojas cambiables, bajo cubierta de tela y rhodialina. Precio: 18.000 francos. G. Doint et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeón, París, VI. 1959.*

LOS volúmenes que hoy presentamos, admirablemente editados por Doin et Cie., vienen indiscutiblemente a llenar un vacío, ya que constituyen el justo medio entre los grandes tratados, muy completos pero difícilmente manejables, y los formularios esquemáticos, a veces muy cómodos para salir del paso, pero insuficientes para que el médico práctico pueda concebir una terapéutica completa en función de la sitomatología observada.

La notable obra de Savy tuvo en su tiempo un éxito ampliamente merecido, debido al espíritu de práctica clínica que lo inspiraba, y también, en parte, a que era la obra de uno sólo.

La abundancia y la rapidez de los descubrimientos modernos en las diferentes ramas de la Medicina requieren actualmente, para una buena obra de terapéutica, la confrontación de diferentes opiniones y puntos de vista; pero el libro del profesor Jean Olmer aparece como un trabajo efectuado en equipo, bajo la dirección de un verdadero jefe de escuela que haya impuesto su influencia a todos los colaboradores de la obra, en donde cada capítulo ha sido redactado con un mismo criterio, condición indispensable para que conserve la unidad.

Cada exposición terapéutica va precedida de un recuerdo clínico y fisiopatológico que permite a la vez adaptar los tratamientos examinados al caso particular que el médico puede observar y así comprender mejor las orientaciones patogénicas.

Comienza por una exposición del tratamiento de las enfermedades del aparato respiratorio, por el doctor Gascard; seguido del tratamiento de la tuberculosis pulmonar, por Lallemaud. A continuación Carcassonne describe el tratamiento de las enfermedades del aparato digestivo, y Casanova, el de las del hígado, páncreas y vías biliares.

Knebelmann describe el tratamiento de las enfermedades del riñón. Moureu, las del sistema nervioso. Mongin, la terapéutica de las enfermedades infecciosas y parasitarias.

Jouve y Gazaix inician el segundo volumen con el tratamiento de las del corazón; y Pierron, las de los vasos. Muratore es el encargado de exponer el tratamiento de las enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos. La terapéutica de las glándulas endocrinas queda expuesta por Vague y Erlande, así como el tratamiento de las enfermedades de la nutrición. Por último, Perdrix trata de los reumatismos crónicos, enfermedades del colágeno, alergia y enfermedades de los huesos. Finaliza el volumen con el tratamiento de las intoxicaciones, debido a la pluma de Souteygrand.

Gracias a una presentación de tapas encuadernadas, para hojas movibles, muy práctica, cómoda y muy elegante, queda prevista la colocación ulterior de puesta al día, condición necesaria para la utilización duradera de un tratado de terapéutica, por un procedimiento parecido al que Daimón ha popularizado en España.

Como conclusión podemos afirmar que se trata de un libro de utilidad y de aplicación diaria para el médico general y también para el estudiante de los últimos cursos.—RICARDO HORNO LIRIA.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 405. - TOMO LXVIII
DICIEMBRE 1959

REVISTAS

NACIONALES

APARATO DIGESTIVO

DALMAU CIRIA, M. (Barcelona).—«LA ENTEROPATÍA EXUDATIVA.» «*Medicina Clínica*», *tomo XXXII, número 3, páginas 202-207, marzo 1959. Barcelona.*

DESDE hace casi cuarenta años veníanse describiendo cuadros de hipoproteinemia con o sin manifestación clínica de edema que, por no acompañarse manifiestamente de enfermedad orgánica, se llamaron *hipoproteinemias idiopáticas.*

El hallazgo, hace menos de un lustro, en este tipo de sujetos, de albúmina plasmática en el jugo gástrico y sospechándose por métodos inmunoquímicos indirectos de la presencia de esta albúmina en ciertas partes del tracto intestinal, se pensó llamar a esta hipoproteinemia, *hipoproteinemia catabólica,* aunque quedaba la duda si el defecto estaba en la síntesis o en el aumento de destrucción.

Todos los intentos de encontrar, con el contador Geiger, yodo radiactivo marcado con albúmina humana en las heces, habían fracasado, probablemente, por la acción de los enzimas proteolíticos, que convertían la albúmina en aminoácidas y el I^{131} se eliminaba con la orina.

Fue de Gordon la idea, en 1957, de marcar el I^{131} con polivinilpirrolidín, polímero sintético (40.000 de peso molecular) que no era afectado por los enzimas, pero cuya estructura de macromolécula le asemejaba a la albúmina humana.

Tras la inyección intravenosa de este combinado y la búsqueda en las heces recogidas de una vez, a las noventa y seis horas pudo comprobarse:

a) En sujetos normales las cifras de I^{131} halladas en las heces correspondían del 0 al 1'5 por ciento de fracción inyectada.

b) En sujetos con hipoproteinemias esenciales estas cifras eran casi diez veces mayores que lo normal.

c) Existía una relación inversamente proporcional en tales enfermos, entre estos valores de las heces y la albúmina plasmática.

d) Estos valores alcanzaban niveles muy altos a mayor alteración del tracto gastroentérico, correspondiendo a las neoplasias gástricas las mayores cifras encontradas.

e) En las hipoproteinemias, consecuentes a hepatopatías, nefropatías o neoplasias (que no afectaran al tubo digestivo), los valores de esta prueba fueron absolutamente normales.

f) En enfermos afectos de otras enfermedades y sin hipoproteinemia, los valores fueron asimismo normales.

Ante tales hallazgos, Gordon intenta explicarlos admitiendo en ciertas enfermedades digestivas una especial labilidad del tracto gastroentérico que le conduce a absorber las proteínas del plasma y exudarlas al interior de la luz tubular, eliminándolas finalmente en notable cantidad por las heces. Proponiendo para este morbo el nombre de *enteropatías* o *gastroenteropatía exudativa.*

La enteropatía exudativa sería un síndrome secundario a alteraciones bien conocidas (casos de la colitis ulcerosa, la gastritis hipertrófica o el cáncer gástrico), o simplemente acaecería sin hallazgo de alteración gastroentérica radiológica, endoscópica y, por tanto, clínicamente muda.

La tríada sintomática en que se cimentaría el síndrome sería:

a) Edemas más o menos intenso y generalizado.

b) Hipoproteinemia, intensa, especialmente hipoalbuminemia.

c) Prueba de Gordon positiva, es decir, valores notablemente por encima de lo normal de I^{131} con P. V. P. encontrados en las heces de los sujetos tras la inyección intravenosa del complejo radiactivo.

La enfermedad afecta por igual a ambos sexos y sobreviene a todas las edades, aunque existe una mayor frecuencia, dentro de la rareza del síndrome, de las formas infantiles.

La patogenia permanece oscura. Parece que el síndrome obedece a una alteración del tracto intestinal por el que la albúmina sería excretada al interior del tubo digestivo y eliminada por las heces. Esta alteración oscilaría entre una lesión ultramicroscópica o la gran afectación por neoplasia.

El tratamiento dependerá de los hallazgos morbosos de cada caso, pero si se localiza la zona afectada, parece bastante recomendable la extirpación quirúrgica pertinaz.

No sólo por su importancia actual, sino por sus posibles derivaciones, las experiencias de Gordon tienen interés y han de servir de estímulo para futuros ensayos en este sentido.—AUTORRESUMEN.

ANGIOLOGÍA

IRANZO, V., y QUIRELL, M. (Algeciras). — «APORTACIÓN AL ESTUDIO DEL SÍNDROME DE LA OBLITERACIÓN DE LOS TRONCOS SUPRAAÓRTICOS (SÍNDROME DE MARTORELL-FABRÉ).» «*Medicina Clínica*», *tomo XXXII, número 1, páginas 26-28, enero 1959. Barcelona.*

SE comunica un caso de síndrome de Martorell-Fabré, en un hombre de cuarenta y ochos años de edad y en el cual la afección databa de cuatro años antes. En este enfermo, juntamente con la sintomatología conocida de esta afección, coexisten anestesias de las manos y tercio inferior de ambos antebrazos, reacción negativa a la histamina en las zonas anestésicas, atrofias marcadas de los músculos de las manos y perforación del tabique nasal.

Asimismo, se comunica el buen efecto obtenido con el tratamiento de prednisona, con el que se logra la reaparición del pulso y tensión arterial en ambas extremidades superiores y desaparición de los síncopes y mareos ortostáticos, así como mejoría del estado general, en este enfermo, sin que por ello se pretenda generalizar.—AUTORRESUMEN.

ODONTOESTOMATOLOGÍA

CALATRAVA, L. — «NUEVA TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANQUILOSIS TEMPORO-MANDIBULAR.» «*Medicamenta*», *tomo XXXII, pág. 343.*

DESPUÉS de mencionar las técnicas llamadas altas y bajas, preconizadas por diversos cirujanos, describiendo sus pros y sus contras, explica detalladamente la técnica por el autor seguida, que consiste en, utilizando la incisión subángulo maxilar, llevar a cabo una osteotomía transversal total, al nivel más alto posible de la rama ascendente. Efectuada esta osteotomía, procedió a resecar una cuña ósea de base posterior, en el fragmento distal, interponiendo en este especio un colgajo del masetero que sutura con catgut al pterigoideo.

Dice el autor que con esta técnica ha conseguido magníficos resultados, por las ventajas obtenidas, que puede resumir en: 1.º, más fácil; 2.º, menos, o en absoluto, nada peligrosa; 3.º, goza de las ventajas de las técnicas altas y bajas.

Después, hace referencia a los sorprendentes resultados obtenidos utilizando injertos de hueso conservado para la reparación estética en la deformidad mandibular, propia de estos enfermos (cara de pájaro), que considera aventaja a los injertos efectuados con hueso de la cresta ilíaca.—RAMÓN CITOLER.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

DE LA PEÑA REGIDOR, P. (Santa Cruz de Tenerife). — «NUESTROS MÉTODOS EXPLORATORIOS EN LA TUBERCULOSIS GENITAL FEMENINA.» «*Acta Médica de Tenerife*», *vol. XI, núm. 3, págs. 191-195, marzo-abril 1959. Santa Cruz de Tenerife.*

SE relatan dos técnicas auxiliares de la histerosalpingografía y la «biopsia-sonda» para el diagnóstico de la tuberculosis genital femenina. Se cita la histerosalpingografía simple y superpuesta, como las dos técnicas para estudiar la morfología del aparato genital femenino.

Se presenta la sinequia uterina como imagen de fase de curación en la tuberculosis genital, después de manejar drogas heroicas en la terapéutica de esta dolencia.—AUTORRESUMEN.

GARCÍA HERNÁNDEZ, A. (Salamanca). — «COLPOCITOQUÍMICA DEL CÁNCER CERVICAL UTERINO.» «*Revista Española de Obstetricia y Ginecología*», *vol. XVIII, núm. 103, páginas 25-23, enero-febrero 1959. Valencia.*

LOS estudios de estos últimos años han demostrado la disminución de la viscosidad de las nucleoproteínas después de la irradiación, fenómeno que parece debido a una depolimeración del ácido desoxirribonucleico inhibiendo su síntesis.

Existen dos variedades de células tumorales: unas, más ricas en cromatina y con nucléolo imperceptible; otras, con escasa cromatina y grueso nucléolo. Las primeras, ricas en ácido desoxirribonucleico (D. N. A.), y las otras, en ácido ribonucleico (R. N. A.).

Las modificaciones nucleares observadas tres semanas después de la radiación, que pueden guiarnos en el establecimiento del pronóstico, son: 1.º Aumento de la talla y del núcleo de la célula. 2.º Disminución del D. N. A., traducido por una dilución de la cromatina; y 3.º Aumento del R. N. A., traducido por un aumento de la talla y del número de los nucléolos.

Después de la irradiación, el pronóstico es *bueno* cuando el ácido desoxirribonucleico se modifica en favor del ácido ribonucleico, o sea, cuando las modificcaiones citoquímicas post-

irradiación se caracterizan por la desaparición del ácido desoxirribonucleico de las células vaginales, junto con el aumento del ácido ribonucleico; por el contrario, la persistencia del ácido desoxirribonucleico después de la irradiación, la considera como dato de mal pronóstico.

En los casos que han recidivado localmente, aunque el ácido desoxirribonucleico persista en mayor o menor proporción después de irradiarse, la recidiva iba siempre precedida del aumento del mismo.

Las células vaginales pobres en D. N. A. suelen modificarse poco después de la irradiación, recidivando la neoplasia con alguna frecuencia, lo cual hace pensar que las neoplasias ricas en D. N. A. son más radiosensibles que aquellas otras en las que se observa menor cantidad del mismo.

Estos resultados deben ser tenidos en cuenta con la finalidad de añadir un elemento más de pronóstico al carcinoma cervical uterino.—RICARDO HORNO LIRIA.

PEDIATRÍA

PRANDÍ FARRÁS, F. (Barcelona). — «EL TRATAMIENTO PRECOZ DE LAS BRONQUITIS AGUDAS RECIDIVANTES DEL NIÑO.» «*Medicina Clínica*», *tomo XXXII, número 3, páginas 182-184, marzo 1959. Barcelona.*

EL autor presenta los resultados favorables obtenidos en el tratamiento de las bronquitis agudas recidivantes del niño, con o sin reacción asmática, mediante la administración precoz, en el período prodrómico de la afección, de un conjunto de fármacos de acción antihistamínica, expectorante, broncodilatadora y antiinfecciosa.

Este tratamiento disminuye, en general, la duración e intensidad de los brotes de la enfermedad y la frecuencia de las reacciones asmáticas en el curso de la misma.—AUTORRESUMEN.

PSIQUIATRÍA

PELÁEZ MARTÍNEZ, E.—«TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN ENDÓGENA.» «*Anales de la Casa de Salud Valdecilla*», *tomo XIX, núm. 6, páginas 455-473, 1958. Santander.*

SE presentan veinte casos de depresiones tratadas en plena fase con Tofranil a dosis de 225-300 mg. por día, repartido en tres tomas, una cada ocho horas.

Los casos presentados corresponden a depresiones endógenas, no sólo por la sintomatología, sino también por la tara familiar maníacodepresiva, la personalidad prepsicótica, y en catorce de ellos por la existencia de fases anteriores depresivas que ya había asistido y tratado con electros u otras técnicas.

De las veinte depresiones endógenas tratadas con Tofranil, remiten diecisiete y una mejora notablemente. Quedan dos fracasos, que son justamente los complicados con hipertensión, involución y deterioro por arterioesclerosis. Ya habían descrito los autores suizos que la hipertensión y arterioesclerosis ensombrecían el pronóstico de la depresión sometida al tratamiento de Tofranil. En nuestra estadística, sólo aparecen tres hipertensos de análoga edad, uno de ellos sin signos notables de arterioesclerosis ni deterioro, el cual remite bien; los otros dos, que a la hipertensión sumaban el deterioro por la arterioesclerosis cerebral, el fracaso al tratamiento se debe más a este deterioro arterioesclerótico que a la involución o la hipertensión. De la edad avanzada ya hemos comentado antes que no es obstáculo para una buena remisión.

Tenemos, por tanto, un noventa por ciento de buenos resultados en el tratamiento de las depresiones endógenas con el Tofranil en un espacio de tiempo entre cinco y treinta días.

¿Por qué esta estadística da mayor porcentaje de remisiones que la de otros autores? No depende de que hayamos seleccionado «a posteriori» los casos buenos. Se han seleccionado previamente al tratamiento sobre la base de un diagnóstico firme de depresión endógena de la psicosis maníacodepresiva.

Otro posible factor que inerviene en los brillantes resultados de mi estadística es la dosis relativamente fuerte desde un principio —225-300 mg.—, después de haber comprobado que no existía alergia o intolerancia a la droga.

Una tercera posibilidad que haya incrementado el número de éxitos es la asociación del Tofranil al ácido nicotínico y a la hidrácida y el ácido isonicotínico. Ya hemos señalado al pricipio de este trabajo que yo venía encontrando alivio en las depresiones con la hidrácida y el nicotínico, a la vez que combatía la ansiedad con meprobamato. Pero estas mejorías no admiten comparación con las remisiones que a los pocos días, en muchos de los casos, producía el Tofranil. Para corroborar esto, comencé en algunos de los casos con el tratamiento que hacía anteriormente de meprobamato, nicotínico e hidrácida, estabilizando un cierto grado de mejoría, sustituyendo el meprobamato por el Tofranil sobrevenía la remisión, lo cual da testimonio de la acción eficaz de esta droga; y la contraprueba, abandonando a poco de la remisión el Tofranil, dando en su lugar meprobamato, la sintomatología depresiva reaparecía a los pocos días exigiendo la vuelta al Tofranil que actuaba con igual éxito que al principio de la cura.—AUTORRESUMEN.

EXTRANJERAS

MEDICINA

MORI ACEVEDO, V. (Lima). — «CORRELACIÓN GLUCO-LIPÍDICA EN LA DIABETES.» *Trabajo de la cátedra de Farmacología de la Facultad de Farmacia de Lima, 1953.*

EN este trabajo, que nos llega con cierto retraso que no modifica su interés, la autora realiza un estudio sobre la correlación entre glucemia y lipemia en diabéticos peruanos.

Determina la lipemia total mediante el método gravidimétrico de Mata y estudia su relación con las cifras de glucemia. En condiciones normales el coeficiente glucemia/lipemia es inferior al 20 por ciento, pero en los diabéticos éste aumenta, tanto más cuanto mayor es la gravedad de la enfermedad.

Según Mata, cuyos datos son confirmados en este trabajo, el organismo trata de compensar el aumento de la glucemia, con el consiguiente desequilibrio metabólico glucolipídico, elevando la cifra de lipemia hasta conseguir mantener inalterado el coeficiente. Esto se consigue en los casos de diabetes leves, pero no en los graves, en los que hay un déficit lipídico y a pesar del aumento de la cifra de lípidos, éste no basta para impedir que el coeficiente se eleve hasta valores del 50 al 60 por ciento.

Según el autor, la determinación del coeficiente glucolipídico y del déficit de lípidos, tendría gran valor para determinar la gravedad y el estado de compensación de la diabetes, superior al estudio aislado de las cifras de glucemia, que no nos dan a conocer la situación metabólica de manera tan completa.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

SVEN, KILLMAN, A., y KNUDSEN, E. E. «NEUMONÍA RECURRENTE MÚLTIPLE EN UN MIELOMA MÚLTIPLE DEBIDO A UNA HIPOGAMMAGLOBULINEMIA FUNCIONAL.» (*Recurrent pneumonia in multiple myeloma due to adquired functional hipogammabobulynemia.*) «*Danish Medical Bull.*», *4, 153-155, 1957.*

RECOGEN los autores un caso de mielomatosis en un hombre de sesenta y nueve año, que tuvo numerosos ataques de neumonía, que interpretaron debidos a una falta de gamma globulina normal, a pesar de la intensa hipergammablobulinemia con que cursaba la enfermedad. Se explica por qué la proteína del mieloma gamma es diferente de la gamma globulina normal y carece de acción defensiva.

Si se vacuna a enfermos mielomatosos contra el tifus y paratifus A y B, se comprueba que no aumenta el título de anticuerpos debido a la falta de reacción de los sistemas proteinoformadores, que están polarizados hacia la formación de la proteína mielomatosa.

El caso citado respondió bien todas las veces al tratamiento penicilínico de sus neumonías. En la literatura se han descrito dos casos análogos de neumonías recurrentes en mielomatosos, por lo que señalan los autores que la presencia en un individuo de edad superior a cincuenta años de infecciones repetidas, especialmente neumonías, debe hacer sospechar la existencia de un mieloma. G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

APARATO CIRCULATORIO

GUTNER, L., MOSES, J. B., DAMN, S., y KUPPERMAN, H. S. — «UTILIZACIÓN DE LA PREDNISONA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA.» (*Use of prednisone in congestive heart failure.*) «*Am. J. Med.*», *234, 281-286, 1957.*

AUNQUE generalmente se contraindica el uso de prednisona en la insuficiencia cardíaca, debido a su acción sobre la retención de agua y sodio, los autores, en vista de los beneficiosos resultados obtenidos en el tratamiento de las nefrosis y de las cirrosis hepáticas, en las que se consigue un aumento marcado de la diuresis, realizan una prueba terapéutica con prednisona asociada a la digital en un grupo de once enfermos con insuficiencia cardíaca, a la dosis de 20 mg. diarios, en cuatro tomas.

Del total de once casos estudiados, en cinco mejoró la disnea, perdiendo de peso en tres de ellos. En otros cinco casos que estaban bien compensados, no modificaron su situación, y solamente un enfermo ganó de peso y aumentó su disnea. La excreción de sodio en veinticuatro horas aumentó en siete casos, disminuyó en dos y no se modificó en otros dos. Las variaciones en la eliminación de potasio fueron análogas.

Aunque no puede recomendarse la prednisona como tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva, sí puede deducirse de este trabajo que en los casos en que se precise por otra indicación, no hay inconveniente en administrarla, aunque el enfermo esté descompensado, pues su acción no resulta nociva, sino incluso beneficiosa en estos enfermos.

Se desconoce el mecanismo de acción, pero resulta sugestiva la hipótesis de que obra inhibiendo la secreción de aldosterona. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

APARATO DIGESTIVO

VIRASORO, J. E., y otros. — «OXIGENOTERAPIA INTRAGÁSTRICA.» *«La Semana Médica», páginas 640-641, tomo 114, núm. 20, mayo 1959. Buenos Aires*

ANTE las dificultades encontradas con otros medios, los autores construyen un aparato de fácil manejo, compuesto de dos frascos unidos por tubos de goma y un soporte y vástago de madera.

Admite una carga de 500 c. c. de oxígeno, que pasa a una presión inicial de 64 cm. de agua y una velocidad aproximada de un litro por minuto.

Hacen el vaciado previo del estómago, mecánico o con una jeringa, poniendo una sonda de Nelaton núm. 13, y sin retirarla inyectan el gas.

Han utilizado dicho aparato en más de cien casos, teniendo que repetir sólo en alguno. Lo han empleado sistemáticamente en los nacidos por cesárea, en los pálidos y colapsados y en las crisis cianóticas de los prematuros.

Terminan diciendo que por tratarse de un aparato fácil de construir y usar, ya que para esto último sólo se necesita la habilidad necesaria para introducir por la boca una simple sonda de Nelaton, no resulta difícil familiarizar con el método al personal no médico de las maternidades.

Insertan un grabado del aparato en cuestión.—J. RIVERA.

CARDIOLOGÍA

CHIERICI, F. — «EL TRAZADO ELECTROCARDIOGRÁFICO EN LAS PERICARDITIS.» *(Rilievi elettrocardiografiche nelle pericarditi.) «Arch. Pat. Clin. Med.», 36, 1, 47, 1959.*

EL autor, que ha publicado en esta misma revista diversos artículos estudiando las modificaciones electrocardiográficas en situaciones patológicas, revisa aquí los trazados obtenidos en una serie de ciento sesente casos de pericarditis (ochenta y cinco pericarditis secas, cincuenta y dos pericarditis exudativas y veintitrés pericarditis crónicas adhesivas), controlados clínica y radiológicamente durante meses o años y relacionando el electrocardiograma con la evolución clínica.

Aunque casi siempre las modificaciones del electrocardiograma son simultáneas a los signos clínicos, a veces los preceden, lo que tiene un gran interés diagnóstico.

En el 24 por ciento de los casos, se encuentran alteraciones características. En 42 por ciento, modificaciones poco típicas, y en resto de los casos, casi siempre pericarditis secas, ninguna modificación.

Del análisis de los trazados deduce el autor los elementos electrocardiográficos más importantes y frecuentes, que son los siguientes:

Desviación a la derecha del eje eléctrico, a veces extrema, asociada a rotación horaria sobre los ejes longitudinal y sagital.

Fijeza del eje eléctrico en los decúbitos laterales.

Modificaciones del gradiente ventricular del tipo de lesión parcelar.

Bajo voltaje de las ondas en las pericarditis exudativas.

Presencia de SI profunda en las pericarditis exudativas.

Alteraciones del atriograma (P pulmonar o ensanchada, fibrinofluter auricular).

Modificaciones de ST y T, especialmente en la evolución en sus tres fases de las pericarditis exudativas, con persistencia de estas alteraciones en las adhesivas.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

BARSORI, S., VECCHI, G. P., y LAPICCIELLA, R. — «LAS PRUEBAS FÁRMACODINÁMICAS EN EL ESTUDIO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.» *(Il test farmacodinamico nello studio dell'ipertensione arteriosa.) «Gior. Clin. Med.», 40, 1, 1, 1959.*

LOS autores proponen una serie de pruebas que estudian sistemáticamente en sesenta enfermos hipertensos con el fin de establecer un diagnóstico de precisión y de indicar la terapéutica más indicada.

Las pruebas que practican, cuyos resultados y técnicas analizan en el trabajo, son: prueba del clinoortostatismo, prueba presora del frío (cold presors test), prueba de la regitina, prueba de la reserpina, prueba del ganglioplejico (pendiomid) y prueba de la hidrazinoftalazina.

La utilidad de estas pruebas se manifiesta porque permite distinguir las formas típicas de feocromocitoma, solucionables quirúrgicamente, de las formas intrincadas, con manifestaciones de interferencia neurohormonal.

Por otra parte, puede deducirse un criterio para el tratamiento según la respuesta obtenida a las pruebas con fármacos hipotensores. G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

ODONTOESTOMATOLOGÍA

CONDE, J.—«LA CIRUGÍA RADICAL DEL CARCINOMA DEL PAVIMENTO DE LA BOCA.» *(A cirugia radical do carcinoma do pavimento da boca.) «Jornal do Médico», núm. 837, páginas 305-314. Lisboa.*

ESTE documentado estudio lo divide el autor en varios capítulos, destacando en la «introduçao» diversas teorías respecto al camino a seguir para el tratamiento del cáncer del pavimento bucal, según las diversas tendencias de destacados autores y cirujanos mundiales. Unos preconizando las técnicas quirúrgicas, otros los tratamientos radioterápicos, y otros que creen como mejores los procederes mixtos, bien sea utilizando la radioterapia en forma pre o postoperatoria.

Cita la intervención que efectuó Marchetti en 1664, como la primera de esta clase, en boca. Después de mencionar los procederes adoptados por Syme, Billroth, Kocher, Major, Jaeger, etc., dice que de acuerdo con Slaughter, cree que hoy se debe a tres aspectos principales la decisión, muchas veces triunfal, de proceder a la cirugía radical: la anestesia con intubación traqueal, la disponibilidad de antibióticos de amplio espectro de acción, las técnicas destinadas a mantener el equilibrio del metabolismo y, además, el procedimiento de hipotensión controlada.

Estudia los variados criterios para decidir la amplitud de la resección, para terminar citando las cuatro posibilidades expuestas por Conley el año 1954, en el Congreso Internacional del Cáncer de Brasil.

En el apartado de Anatomía Patológica y Normal, describe minuciosamente ambos aspectos para decidir la sistematización de los diversos aspectos macroscópicos del cáncer siguiendo la clasificación de Figueras:

1.º Forma dapediana pura.
2.º Forma pelvi-lingual o linguo-dapediana.
3.º Forma mandíbulo-dapediana.
4.º Forma mixta o linguo-dapediana-mandibular.

Considera muy fáciles y prematuras las infiltraciones ganglionares, ya que la permeabilidad del hueso maxilar es grande, y posee el canal dentario, muy favorecedor de la propagación. Por esto, considera imprescindible la celulectomía de las cadenas ganglionares.

Respecto a las técnicas quirúrgicas, estudia detenidamente las variadas tendencias, según sea el tamaño de la lesión, pero —dice— aun para proceder a estudio anatomopatológico diagnóstico, no debe hacerse nunca una ligera biopsia. Es menester resecar netamente *toda* la lesión, en los casos de pequeña amplitud.

Preconiza la resección total de tejidos blandos y duros, haciendo la extracción del maxilar inferior (o parte de él), junto con sus adyacentes partes blandas y tejidos linfáticos. Siendo necesario, algunas veces, proceder a la hemisección lingual.

Describe muy detalladamente el proceder que sigue en estas delicadas y amplias exéresis, mencionando los procederes disecadores de los diversos órganos que circundan región anatómica tan compleja.

Un trabajo, en suma, que consideramos muy interesante y que no es posible ampliar en una referencia somera.—RAMÓN CITOLER.

PATOLOGÍA GENERAL

SICUTERI, F., RICCHI, E., y ROMAGNOLI, E. — «LA ONDA PULSÁTIL DEL LÍQUIDO CÉFALORRAQUÍDEO ESTUDIADA CON EL MÉTODO ELECTROMANOMÉTRICO.» *(L'Onda pulsatile del liquido cefalorraquidean studiata con metodo elettromanometrico.) «Min. Med.», 50, 18, 637, 1959.*

LA presión del líquido céfalorraquídeo experimenta oscilaciones rítmicas, que generalmente se atribuyen a la expansión pulsátil de las arterias cerebrales.

Con el fin de comprobar esto, así como las características de la onda pulsátil, los autores han realizado una investigación mediante registro simultáneo de la onda pulsátil del líquido céfalorraquídeo y del oscilograma de una arteria periférica mediante un dispositivo especial.

Comprueban que las caracerísticas morfológicas de la onda pulsátil del líquido céfalorraquídeo son análogas a las del oscilograma arterial o a las del pulso ocular.

Hay una onda principal con dos accidentes, que consideran una expresión del pulso arterial en el interior del cráneo. No descartan la influencia de otros factores, como el componente venoso, que sería responsable de la ondulación que aparece en algunos casos al final de la onda principal.

La maniobra de Quickenstedt produce, aparte de un notable incremento de la presión con aumento de la altura de la onda, modificaciones en su morfología.

Las acciones que ejercen la administración de histamina y de adrenalina, son superponibles a las que se observan en el oscilograma arterial.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

MEYER KESTEN. — «LA TARTAMUDEZ Y LA ESQUIZOFRENIA.» *«La Semana Médica», páginas 48-57, tomo 114, enero 1959. Buenos Aires.*

EL autor utiliza para el tratamiento de la esquizofrenia ejercicios literarios que movilizan la actividad mental de estos enfermos.

Refiere el caso de una esquizofrénica tartamuda probablemente desde la segunda infancia.

A continuación hace unas consideraciones sobre tartamudez y esquizofrenia. Las perspectivas terapéuticas de la tartamudez son favorables hasta los doce años de edad; en la edad puberal aumentan las dificultades de la palabra.

Después hace un enfoque psicológico del problema. Tras cinco meses de reeducación, consigue una remisión del proceso que dura

dos años, lo que le induce a pensar que el procedimiento es adecuado y que existe alguna probabilidad de reeducar a los esquizofrénicos, como existe también alguna posibilidad de enmendar a los tartamudos, si es que enfrentamos a tiempo sus afecciones con la dedicación adecuada.

En unas consideraciones finales dice que al no conocerse la causa primera de la esquizofrenia se planteó la pregunta de si fuera posible encarar el problema bajo el aspecto de la reeducación. Esta en los tartamudos se puede lograr en la medida que ellos aprendan a separar su miedo de hablar de la imagen de la causa externa, colocándose a estos dos factores en el lugar que les corresponde en el sistema del pensar, que es, en esencia, el uno y el mismo en todos los hombres.

Consiste el esfuerzo reeducativo en el propósito de distanciar el pensar práctico del enfermo de su vinculación con los deseos ficticios o psicóticos y en hacerlo trabajar, ayudándolo en la medida que progresa para dejarlo finalmente obrar por su propia cuenta. Sólo cuando se ve al enfermo iniciarse en este sentido, es posible hacer también de ciertos puntos de su evolución equivocada una materia de estudios.

Termina diciendo que posteriores experiencias indicarán si la presente manera de enfocar el problema de la esquizofrenia puede resistir a las críticas y hasta qué grado puede prestarse en manos de otros como un recurso más en la lucha contra esta enfermedad mental.—J. RIVERA.

TOXICOLOGÍA

SUJOY, E., y otros. — «INTOXICACIÓN POR HIDROCARBUROS (ESPECIALMENTE POR KEROSENE).» *«La Semana Médica», páginas 289-299, tomo 114, marzo 1959. Buenos Aires.*

RESUMEN brevemente las historias de diez casos tratados.

Sabido es que el kerosene es un derivado del petróleo, con un 50 por ciento de productos de gasolina, 40 por ciento de fuel-oil y 10 por ciento de aceite crudo. Tiene un alto punto de ebullición y una volatilidad muy baja, porque se detiene en el pulmón.

Aparece con más frecuencia en el niño pequeño, que se lleva todo a la boca, sin juzgar de su peligro ni de su olor.

Los síntomas son: vómitos, tos molesta con cianosis y palidez; frecuentemente la complicación neumónica; decaimiento, intranquilidad, fiebre, leucocitosis.

En el tratamiento se discute el lavado de estómago: los que piensan que la sintomatología deriva de la absorción gastrointestinal aconsejan el lavado de estómago. Los que piensan que las complicaciones respiratorias se deben a la aspiración, se oponen al lavado gástrico, ya que el mismo facilitaría la regurgitación del líquido hacia la tráquea. los diez casos de los autores, curaron. Sólo hicieron lavado gástrico en uno.—J. RIVERA.

PEDIATRÍA

ANALES DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS, FÍSICAS Y NATURALES DE LA HABANA, *tomo CXL, fascículo II, 1956-1957. La Habana.*

DESDE las páginas 131 a la 178 se hace un estudio de la toxoplasmosis en Cuba, que dirige el doctor Crubelo y en el que colaboran A. Castellanos, A. Vázquez Leyva, L. Pérez Roas, R. Martín Jiménez, F. Salas Panicello y, por último, J. Embil.

El primero de estos autores hace la introducción del symposium y la clasificación del toxoplasma, el segundo estudia la historia general de la toxoplasmosis, la historia de las toxoplasmosis humanas y la historia de las toxoplasmosis en Cuba. El tercero se dedica a puntualizar y estudiar el problema clínico de esta enfermedad con la división en formas congénitas (hidrocefálicas y microcefálicas) y las adquiridas (linfodonosa, exantemática, cerebroespinal, oftálmica y latente). También se estudia el problema serológico del proceso y el de diagnóstico de laboratorio (aislamiento del parásito y prueba intradérmica de la toxoplasmina).

De la toxoplasmosis en Cuba se ocupa Vázquez Leyra.

Del aspecto obstétrico de la toxoplasmosis, Pérez Rojas.

Los tres últimos colaboradores estudian la toxoplasmosis congénita.—A. MALLÓU.

FRAGA, R., y ROQUE, L. L. — «EFECTOS DEL RO 1-8294 EN LOS TRASTORNOS CONVULSIVOS DE LOS NIÑOS.» *«Revista Cubana de Pediatría», vol. XXX, núm. 6, junio 1958. La Habana.*

UTILIZAN los autores un medicamento cuya fórmula es 4-fenil-4 metil pirrolidona, facilitado por la Casa «Roche», y con el nombre de «Anticonvulsivante RO 1-8294». Los estudios en animales de experimentación con este producto demostraron que la toxicidad del mismo era baja, menor que con el fenobarbital y ligeramente mayor que la fenilhidantonina.

Su efecto hipnótico, menor que el fenobarbital y su acción anticonvulsivante, intermedio entre el fenobarbital y la hidantonina.

Se estudia la acción del medicamento en cincuenta y cinco pacientes, veinticinco de menos de seis años y treinta con más de esta edad.

Las dosis mínimas empleadas fueron 400 mgs. en veinticuatro horas, y las máximas, 1.200 mgs.

Hubo un gran margen de tolerancia, solamente una intolerancia con «rash» y prurito, así como otro de vómitos dudosos.

El efecto fue notable en la conducta anormal asociada a alguna forma de epilepsia y su buen efecto sobre el estado general de los enfermos tratados, con aumento de peso, apetito y mejoría del estado general.

Su mayor efecto fue sobre el gran mal, las crisis sensoriales, las formas asociadas entre gran mal y pequeño mal y en los trastornos de conducta asociados a epilepsia.—A. MALLÓU.

TISIOLOGÍA

BABOLINI, G., y MARCONI, P. — «ESTADO ACTUAL DE LA FOTORRADIOGRAFÍA EN EL DESPISTAGE INICIAL Y EN LA VIGILANCIA ULTERIOR DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR.» (*Place actuell de la radiophotographie dans le despistage initial et la survellance ulterieure de la tuberculose pulmonaire.*) *«Arch. di Tis. e Mall. Ap. Respir.», 4, 56, 1958.*

SE trata de resumir un interesante trabajo que estos dos médicos italianos, profesor el primero y doctora la segunda, presentaron al Congreso Internacional de Radiofotografía, publicado en francés en la revista italiana de tisiología. Extenso trabajo, pero de gran interés, que así resumimos también. Tres son los puntos principales a discutir:

Problema 1.º: ¿En qué campo de la tisiología tiene la fotorradiografía un propio significado diagnóstico? Respuesta: En la patología tuberculosa hay procesos que inicialmente, por la clínica, tienen atributos bien significados (lobitis, miliares agudas, etc.), en las que la fotorradiografía no tiene significado práctico alguno. Hay otros procesos que se inician con síntomas ya en el propio límite de la fisiología y la patología (tuberculosis mínima, procesos de impronto, crónica inicial, procesos alérgicos del ciclo primario y postprimario, procesos tisiógenos con vasto componente exudativo de resolución rápida, etc.), en los que la fotorradiografía tiene un alto significado diagnóstico, sin que pueda, por otro lado, diferenciar siempre sus atributos cuantitativos. Es la fotorradiografía el medio más idóneo para extraer de la masa el individuo que presente las primeras manifestaciones morbosas. Sirve para descubrir el enfermo de entre los sanos, guiándolo por ulteriores caminos del diagnóstico.

Problema 2.º: ¿Qué posibilidades ofrece la fotorradiografía en la vigilancia y control de la marcha evolutiva de los procesos tuberculosos? Respuesta: Por ser una enfermedad social, es útil en el control de los hijos de los tuberculosos y de los niños y jóvenes que viven en ambiente contagiantes y superpoblados. Sirve también para vigilar a los aldeanos que se integran en la vida de la ciudad, empleados en industrias, de las colectividades militares, estudiantes de medicina y personal que asiste como trabajadores a los sanatorios. Asimismo, la fotorradiografía sirve para controlar los portadores de procesos alérgicos que viven en ambientes expuestos a fáciles ocasiones de contagio. Controlaremos con ella todos los dados de alta en sanatorios como curados y que estuvieron afectos de lesiones con sólo tratamiento antibioterápico, los curados con terapia fisiomecánica portadores de imágenes gruesas incluídas en territorios atelectásicos, los portadores también de imágenes de cavidades cerradas espontáneamente o a consecuencia de terapéutica antibiótica y los que ofrezcan imágenes de pequeños o gruesos tuberculomas.

Problema 3.º: ¿Qué papel asume la fotorradiografía en combinación con la vacunoterapia por BCG? Respuesta: Como quiera que el vacunado, después de un plazo de dos años, puede reinfectarse, la fotorradiografía puede evidenciar los casos de reinfección exógena, asumiendo un papel profiláctico y de verdadera protección. Potencia la asistencia social a la infancia, porque vigila los niños que viven en ambientes contagiantes. Al mismo tiempo, concurre a proteger la vejez descubriendo en el anciano los primeros foquitos iniciales, que abandonados y repitiéndose abren el camino de la tuberculosis grave. Recuerdan los autores que son fuertemente atacadas por la tuberculosis la infancia y la vejez.—SAMITIER.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 405. - TOMO LXVIII
DICIEMBRE 1959
CONGRESOS Y ACADEMIAS

XII REUNIÓN ANUAL DE LA FEDERACIÓN MUNDIAL DE SALUD MENTAL

BARCELONA, 1959

DEL 30 de agosto al 4 de septiembre de 1959, tuvo lugar, en la Ciudad Condal, la XII Reunión anual de la W. F. M. H. (World Federation for Mental Health), correspondiente a la campaña del Año Mundial de Salud Mental (W. M. H. Y. 1960). El tema central fue: «Planificación de la salud mental». La organización corrió a cargo de los Consejos Directivo y Ejecutivo Internacionales, cuyos miembros más destacados fueron los doctores *Rees, Hoff, Sivadon, Soddy* y miss *E. M. Thornton*, así como por el Comité organizador local, capitaneado por el doctor *R. Sarró*. Asistieron cerca de cuatrocientos participantes, en su mayoría extranjeros, de los cuales el grupo más numeroso era el anglosajón. Debe resaltarse la entusiasta participación de las visitadoras sociales y psiquiátricas españolas y extranjeras, así como destacadas personalidades de los campos psicológico, pedagógico, religioso e industrial.

El sistema de trabajo se dividió en sesiones plenarias, por la mañana, y grupos de discusión en forma de «symposium», por la tarde, Aparte se proyectaron continuamente interesantes films científicos.

Para las sesiones plenarias funcionó un impecable sistema radiofónico de traducción simultánea, novedad en los congresos médicos españoles, en armonía con las no menos modernas líneas arquitectónicas de la nueva Facultad de Derecho de Barcelona, sede de la importante reunión que comentamos.

Buena organización, tanto en la parte científica como en la recreativa, que fue la habitual de estos congresos internacionales, o sea, visita de monumentos, folklore local y los banquetes de rigor. En esta Reunión, el banquete final fue una cena fría a la americana, sin presidencias y discursos. Asimismo, la clausura careció del tradicional boato latino, siendo sencilla, pero cordial y simpática. En ambas manifestaciones prevaleció la organización mundial a la española. Podríamos decir que no hubo «españolada» en este Congreso celebrado en España, lo que es un buen augurio para nuestros futuros congresos médicos, en los que tanto tiempo hemos perdido en «actos solemnes» de escasa o nula trascendencia científica.

El día 30 de agosto, por la tarde, hubo recepción en el Ayuntamiento; o sea, encuentro y saludo de los congresistas antes de emprender sus tareas. Esta costumbre foránea no la habíamos visto en congresos españoles. El día 1 de septiembre tuvo lugar la inauguración oficial, con discursos de los presidentes extranjero y español, profesores *H. Hoff* y *R. Sarró*. El primero se refirió a la historia de la higiene mental en el mundo, y el segundo, en España, siendo de subrayar la interesante tesis de Sarró sobre la cristalización de la historia española en el hidalgo... «capaz de grandes empresas trascendentes, pero incapaz de objetivación científica como para empresas de tipo industrial; los hijos de los hidalgos tenemos una mentalidad poco adecuada para las tareas que el estilo del mundo actual reclama, origen potencial de desadaptaciones neuróticas...» Seguidamente tuvo lugar la primera sesión plenaria, dedicada a las «necesidades de la infancia y de la juventud» y a cargo de los doctores *D. F. Buckle* y *J. Bosch Marín*. Al día siguiente hubo la segunda sesión plenaria, a cargo de los doctores *P. Sivadon* y *L. H. Bartemeier*, sobre el tema «Trastornos mentales; su profilaxis y tratamiento». La tercera sesión plenaria versó sobre «Salud mental y educación profesional», a cargo de *C. Ryan* e *I. M.ª Aragó*. La cuarta plenaria se refirió a «Industria y salud mental», por los doctores *C. de Sanctis* y *R. Tredgold*. La quinta se dedicó a «Salud mental y migración», por los doctores *H. Strotzka* y *A. C. Pacheco e Silva;* y, finalmente, el último día, por la tarde, hubo la sesión general, sobre «Proyectos, planes y posibilidades», con una alocución del doctor *Rees*, el veterano iniciador del movimiento actual mundial de higiene mental; resumen del Congreso, por *P. Sivadon;* conclusiones y discursos cortos finales de la señorita *Thornton* y de los doctores *Sivadon* y *Sarró*, cordialmente protocolarios.

Como ocurre siempre en los amplios congresos, como el que comentamos, es imposible abarcar la totalidad del mismo por una sola persona, dadas las múltiples manifestaciones científicas (no hablamos ya de las recreativas) en un mismo tiempo. Especialmente

esto fue así en este Congreso en los «Grupos de Discusión», desarrollados en *petit* comité, con muchas dificultades lingüísticas y en dieciséis sitios a la misma hora, puesto que dieciséis eran los temas a discutir, que son permanentes en todas las reuniones anuales que celebra la Federación Mundial de la Salud Mental.

Ante la imposibilidad de trazar siquiera un esbozo de lo mucho aportado en tales grupos de discusión, nos limitamos a escribir los títulos de tales temas, que estuvieron distribuídos así: I. Para el tema general «Necesidades de la infancia y de la juventud» funcionaron tres grupos, discutiéndose sobre «Problemas de la infancia en grupos minoritarios», «Familia y valores colectivos en relación con la delincuencia» y «Valores espirituales y salud mental». II. El tema general «Trastornos mentales, su profilaxis y tratamiento», estaba subdividido en los grupos «El papel del médico general en el tratamiento psiquiátrico», «Nuevos conceptos en asistencia psiquiátrica y terapéutica» y «Plan para el desarrollo de la salud mental en la comunidad». III. El tema general «Salud mental en la formación profesional» comprendía los grupos de discusión «Salud mental y formación de los maestros» y «La enseñanza de la salud mental en las profesiones relacionadas con el trabajo social». IV. Tema general: «Industria y salud mental», subdividido en «Selección vocacional», «Efectos favorables y desfavorables del impacto de la industria en la salud mental» y «Capacidad laboral y envejecimiento». Finalmente el tema general «Salud mental y migración», subdividido en «Realizaciones: revisión de los proyectos aprobados en las primeras reuniones de la F. M. S. M.», «Adaptación de las técnicas de divulgación a sus destinatarios», «Exitos y fracasos de la migración; protección y asistencia social» y «Discusión de películas sobre salud mental». Como puede verse, el cometido de tales grupos de discusión fue muy amplio, y no dudamos que la continuidad en tratar tales temas tiene que aportar en el futuro positivos adelantos en la mejor convivencia de la Humanidad.

Para terminar, queremos destacar las reuniones celebradas al margen del Congreso o con ocasión de las conferencias de Prensa del mismo, algunas de las cuales fueron muy interesantes desde el punto de vista psiquiátrico, que es, en definitiva, el que vamos a comentar. En este sentido, la reunión de Prensa dedicada a la asistencia psiquiátrica dio motivo para que *Sivadon* acabase de informarnos sobre sus interesantes experiencias asistenciales en el sanatorio que dirige en Villebrand, cerca de París; experiencia asistencial que ha sido adaptada y recomendada por la O. M. S., ya que con la misma se trata mejor y más rápidamente a los enfermos mentales y se ahorran estancias frenocomiales, con la correspondiente economía estatal. Sivadon nos recordó la responsabilidad biológica y otros detalles teóricos que hace tres decenios publicó H. Simon en su conocido libro sobre laborterapia frenocomial; mediante un homogéneo equipo médico-social, logra evitar muchas hospitalizaciones y reducir el tiempo de estancia frenocomial, a base de una asistencia dinámica y altamente operante, tanto frenocomial como extrafrenocomial, o sea, que el sistema de servicio abierto, e incluso de mediopensionistas, que preconiza, con dedicación en *full time* de médicos y auxiliares sociales, es el ideal para el tratamiento precoz, evitar recaídas, disminución de agresividad, etc., de los enfermos mentales. La psicofarmacología moderna ayuda mucho en este sentido.

En una reunión en *petit* comité privado, el profesor *H. Hoff* nos relató sus experiencias en parecido sentido en el sanatorio norteamericano que dirige Weininger, en donde priva la orientación psicoanalítica. Creemos urge aplicar tales sistemas en nuestro país adaptándolos a nuestras peculiaridades individualistas.

J. SOLÉ SAGARRA

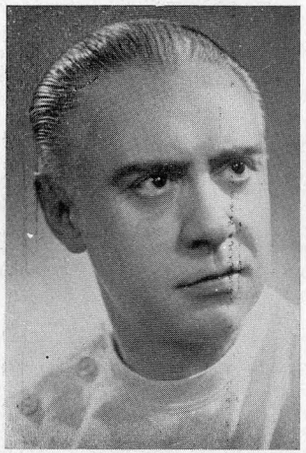
BRILLANTE JORNADA EN LA SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE CASTILLA

Sesión de homenaje a su presidente, doctor César Fernández-Ruiz, al que el Director general de Sanidad, profesor García Orcoyen, impuso la Encomienda de la Orden Civil de Sanidad

LA Sociedad Ginecológica de Castilla, reunida en la Universidad de Valladolid el día 8 de noviembre, escuchó una brillante conferencia del profesor *García Orcoyen*, sobre el tema «Algunos aspectos patogénicos y clínicos del cáncer».

El presidente, doctor *Fernández-Ruiz*, dio la bienvenida al profesor García Orcoyen, agradeciéndole el sacrificio de su desplazamiento para compartir unas horas con los ginecólogos de aquella región castellana. Mostró su satisfacción porque esta primera lección que el profesor Orcoyen daba en Valladolid la diera en el recinto de la histórica

Universidad, continuadora de la primera Universidad española, creada en Palencia por Alfonso VIII, en el siglo XII; en la cátedra



El Dr. Fernández-Ruiz

de la Real Academia de Medicina, también secular y tan vinculada a la Universidad, y en el ambiente de la Sociedad Ginecológica, que, aunque joven aún, era heredera de ilustres antepasados, cuyos nombres gloriosos orlan su título, nacidos en las provincias de su ámbito, y que se llamaron Valverde, Sobremonte, Villalobos, Lobera de Avila, Mercado, Conde de San Diego, Población...

Hizo una semblanza del proyesor Orcoyen en su aspecto científico y humano, destacando su modestia y cordialidad, y le hizo entrega del título de miembro de honor.

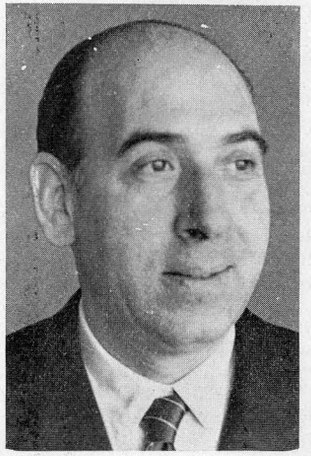
El profesor *García Orcoyen* desarrolló el tema, ilustrado con gráficos y proyección de micros de experiencias realizadas. Breve introducción sobre los conocimientos clásicos hasta hace poco mantenidos, y aún defendidos por algunos en relación con el concepto pasteuriano de la patogenia del cáncer basado en las observaciones y experiencias con agentes cancerígenos etiológicos, lo que llevó a la idea de «agente y lesión anatómica».

Pasa después al estudio del conocimiento morfológico del cáncer a base de lesiones ya constituídas en fase de invasión, que era realmente cuanto se sabía en relación con el cáncer hasta hace poco tiempo todavía. En los últimos años, y especialmente a base de estudios ginecológicos sobre el cáncer cervical, por ser el más expresivo y accesible, se establece el concepto del «cáncer in situ» o «intraepitelial», con morfología bien establecida y que constituye la primera etapa del cáncer invasor, porque siempre el cáncer invasor va precedido del cáncer «in situ», aunque éste no siempre evolucione necesariamente hacia la invasión.



Momento del acto en que el doctor Fernández-Ruiz agradece la Encomienda que le fue impuesta por el Director General de Sanidad, profesor Orcoyen. En la presidencia, el Director de Sanidad, el Gobernador Civil de Valladolid y el Jefe Provincial de Sanidad.

Considera que la invasión es el final de un largo «proceso biológico», que no es nunca un proceso de evolución rápida como la de cualquiera otra enfermedad de etiología según concepto pasteuriano. Hay, pues, que pensar en un «concepto biológico» del cáncer.



Profesor García Orcoyen

Explica las modificaciones del epitelio del cuello uterino durante la gestación, y especialmente del cáncer «in situ», que en un 2 a un 2'5 por ciento de casos evoluciona invasivamente, y refiere cómo inició sus trabajos en el año 1952, pensando que la gestación tenía relación con la aparición del cáncer, lo que no era totalmente novedad, porque ya tiempo antes había sido observado y discutido; pero, indudablemente, el cáncer es más frecuente en mujeres con embarazos, sin duda por «influencia endocrina», por la inundación de gonadotropinas durante el período de gestación.

Por otra parte, los fenómenos morfológicos no son exclusivos del cuello uterino, porque se observan en el cáncer tiroideo, siempre precedido de una hiperactividad epitelial; y algo parecido se empieza a admitir para el cáncer del endometrio en relación con la hiperplasia glandular quística.

Sin duda, hay un «factor biológico» que condiciona la morfología a lo largo de la vida del individuo, porque aun en el cáncer hay variantes en su evolución, en su ritmo y en su gravedad; incluso algunos evolucionan hacia una curación espontánea, pocos, quizá no se encuentren más de cien o ciento cincuenta casos. Piénsese cuán difícil nos resulta en la clínica establecer un pronóstico sobre la evolución de un cáncer de mama abandonado a su curso espontáneo.

Por otra parte, en piezas estudiadas anatomopatológicamente, procedentes de casos considerados curados, se han demostrado, en el Instituto del Rádium de Estocolmo, lesiones cancerosas evidentes, y esto habla también a favor de la existencia de un factor biológico.

Cree que las estadísticas no sirven para enjuiciar los resultados de un tratamiento por la disparidad entre los clínicos en la agrupación y selección de casos, lo que motivó sus objeciones a Metz en la Reunión de La Habana. Es importante la observación de que casos de primer grado correctamente operados, ampliamente y con todo rigor, tienen determinada mortalidad, y, en cambio, cánceres de tercer grado, que deberían morirse, no se mueren.

Orti, partiendo de estas ideas, estudió en su clínica la influencia de las gonadotropinas, encontrando una «gran elevación del factor C-gonadotrópico», que disminuía rápidamente a continuación del Wertheim y reaparecía elevada en las recidivas, sosteniéndose en valores altos. Estas experiencias realizadas en España, en su Servicio, en 1953, fueron comunicadas a Ginebra y recibidas con cierto escepticispo al chocar con el concepto etiológico que se admitía del cáncer.

En experiencias ulteriores se provocaron en el animal de experimentación modificaciones morfológicas epiteliales con fuertes cargas de gonadotropinas, modificaciones que tardan en producirse varios meses, dos tercios de la vida del animal; es decir, comparativamennte, el tiempo que se invierte en su evolución en la mujer. Se observó un aumento de mitosis por estimulación cariodinámica e influencia hipofisaria, lo mismo que se observa en la regeneración sanguínea, por lo que la sangre fresca es más útil que la sangre conservada.

El agente carcinogenético hay que suponerlo actuando permanentemente a lo largo de la vida. Otra circunstancia a tomar en cuenta es que «en animales hipofisectomizados no se produzca el cáncer experimental».

Estas experiencias, realizadas en España, fueron comunicadas en 1956, en Heidelberg, al Congreso Alemán de Ginecología, y en 1958, en Londres, en cuya reunión se concedió un gran valor al «factor hormonal», que constituyó el motivo de estudio de gran número de comunicaciones.

Concluye su disertación diciendo que «el factor hormonal es el que mantiene la autonomía del cáncer invasor», y que el tratamiento, sea quirúrgico o físico, lo que hace es modificar la biofilia autónoma». En el cáncer no hay que considerar una etiología determinada por agentes, sino «un mecanismo biológico» general de producción.

A continuación de la conferencia del profesor García Orcoyen, la Sociedad se reunió en una comida íntima, al final de la cual el director general de Sanidad impuso al

profesor Fernández-Ruiz las insignias de la Encomienda con placa de la Orden Civil de Sanidad, que le concedió el Gobierno por su prolongada y meritoria labor en el campo de la especialidad y de la Medicina Social, y con tal motivo, el doctor Ucieda, maternólogo de León, ofreció el homenaje de España y de los maternólogos de Sanidad Nacional, totalmente identificados con su magnífica labor.

El profesor *García Orcoyen* dedicó caluroso elogio a la actuación de Fernández-Ruiz, a sus condiciones de clínico, a su tenacidad en el trabajo y a sus cualidades humanas, destacando cómo Fernández-Ruiz rinde un culto a la amistad, y expresándole su felicitación y la del señor ministro de la Gobernación.

El profesor *Fernández-Ruiz* cerró el acto con un breve pero magnífico discurso, haciendo un canto a la amistad, con alusiones literarias de gran belleza y hondo contenido, para en seguida decirle al director general de Sanidad que los médicos de España tienen fe en él, creen en él; tienen puestas todas las esperanzas que les quedan de redención, no sólo profesional, sino del prestigio y señorío de la Medicina, señalándole como el faro que desde la costa mantiene la esperanza de una tripulación en barco a la deriva, tripulación compuesta por millares de médicos honrados, trabajadores y buenos, viejos y jóvenes, que tienen puesta en él su mirada angustiosa, mirada de hombres, que si piden ayuda, también ofrecen leal colaboración.

Fue una hermosa pieza literaria, de atinada y oportunísima consideración, este vibrante discurso del profesor Fernández-Ruiz, que todos los presentes aplaudieron con entusiasmo. Un trabajo más en ese tajo esperanzador que tantas simpatías ha despertado el presidente de la Sociedad Ginecológica de Castilla, en cuyo acto de homenaje, que por su deseo se limitó en asistencia, estuvieron presentes, con el director general de Sanidad, el gobernador civil de Valladolid, los jefes provinciales de Sanidad de Valladolid y Palencia, representaciones de los Colegios Oficiales de Médicos de ambas capitales, la Real Academia de Medicina, la Facultad de Medicina y un gran número de médicos, además de los miembros de la Sociedad citada.

LA SOCIEDAD VALENCIANA DE PEDIATRÍA INAUGURA SOLEMNEMENTE SU CURSO ESCOLAR

En el salón de actos del Instituto Médico Valenciano, y presidida por el que lo es de la entidad, doctor Martí Matéu, celebró la sesión inaugural del curso la Sociedad Valenciana de Pediatría. Sentáronse en puestos preferentes el ilustre conferenciante, doctor Justiniano Pérez Pardo, jefe provincial de Sanidad; presidente de la Sociedad, doctor José Selfa, y varios directivos de la misma, además de una numerosa representación de la Facultad de Medicina y de la Sanidad Nacional.

El secretario de la Sociedad Valenciana de Pediatría, doctor Cortés de los Reyes, leyó la interesante memoria, en la que se recogen todas las actividades desarrolladas durante el pasado curso de 1958-59, reflejándose en la misma la gran labor cultural y floreciente desarrollo de la entidad, que agrupa a los puericultores y pediatras de Valencia, Castellón, Alicante, Murcia, Albacete y Teruel.

El doctor Selfa, como presidente de la Sociedad, glosó algunos destacados hechos, resaltando la magnífica colaboración prestada por la cátedra de Pediatría del profesor Sala. Resaltó la gran labor desarrollada por el Cuerpo de Redacción del «Boletín» de la Sociedad, doctores Giménez González, Simón Barceló y Martínez Costa. De su labor, tan valiosa como eficaz, es muestra patente su revista. Después presentó al conferenciante, poniendo de manifiesto su relevante personalidad.

«¿Debemos seguir vacunando con el B. C. G.?», era el enunciado de la brillantísima conferencia pronunciada por el doctor Pérez Pardo, el cual hizo historia minuciosa y clara de los resultados obtenidos con la vacuna antituberculosa en todos los países; de las vicisitudes pasadas y de los evidentes progresos y conquistas alcanzada hasta asegurarse de la completa innocuidad de la B. C. G., y de su indudable eficacia, sentando la pauta más conveniente para su aplicación. Al propio tiempo, puso también de manifiesto su eficacia para obtener cierta inmunidad para la lepra, según se ha comprobado recientemente.

La conferencia, que encerraba un gran valor científico y de investigación personal, fue seguida con la máxima atención por el auditorio, que premió al doctor Justiniano Pérez con muchos aplausos y felicitaciones, cerrando el acto el doctor Martí Matéu con cariñosas frases de bienvenida para el orador y de aliento a la Sociedad Valenciana de Pediatría.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 405. - TOMO LXVIII
DICIEMBRE 1959
SECCIÓN VARIA

LA IDEA DEL HOMBRE EN LA MEDICINA MODERNA

POR EL
DR. JUAN JOSÉ LÓPEZ IBOR
CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA
MADRID

Parece como si, en la coyuntura histórica actual, se haya exaltado la tendencia del espíritu humano a reverter sobre sí mismo, tomando al hombre, en su condición histórica, como tema de análisis. Por cientos se cuentan los libros y publicaciones destinados al análisis de la situación histórica presente, hasta tal punto, que sus temas favoritos han llegado a convertirse en tópicos; por ejemplo, el de la «tecnificación» y el de la «masificación» del hombre moderno. Pero no porque sean tópicos dejan de expresar una realidad histórica.

Sin embargo, el análisis no debe mantenerse en un puro plano ideal, sino descender a la realidad de la vida humana. Y tampoco debe contentarse con una mera actitud descriptiva, sino que debe intentar promover nuevas situaciones históricas.

Quisiera ofrecer en estas páginas el impacto que sobre la Medicina ejercen los grandes problemas que sacuden al hombre contemporáneo. Iniciando la tarea por el más fácil, digamos una palabra sobre el tema de la *técnica*. En la técnica moderna han visto algunos historiadores de la cultura algo fáustico y demoníaco. Con frecuencia se ha hablado del nihilismo de la técnica. El progreso de la técnica es una de las formas de cristalizar ese gran proceso histórico que se ha titulado la «alienación» del hombre. El hombre disuelve su sustancia humana en las cosas. Crea los artificios técnicos y queda dominado por ellos.

Sin embargo, nos muestra cuán unilateral es esa consideración de la técnica como proceso nihilista. Nadie querrá renunciar a lo que la técnica moderna ha proporcionado en la lucha contra las enfermedades. Un grave capítulo de la historia de la Humanidad ha sido gloriosamente amputado; me refiero al de las enfermedades infecciosas. Cuando se leen las descripciones de la peste medieval, se comprende lo que significan la era bacteriológica y la era quimioterápica y antibiótica en Medicina. La lucha contra el dolor es otro de los grandes avances de la Medicina moderna, y gracias a la victoria en esos dos frentes, en el de las infecciones y en el del dolor, ha sido posible el rutilante desarrollo de la cirugía moderna.

Las técnicas médicas demuestran, una vez más, que el avance técnico nace, no sólo de un despliegue de los principios de las ciencias naturales, sino de una apetencia más honda. Constituye un verdadero saber de salvación. Claro es que ese noble origen no le redime de sus sombras y de sus infiltraciones nihilistas, que, en verdad, posee. La tecnificación de la Medicina moderna promueve varias secuelas desfavorables. En primer lugar, la Medicina es, económicamente, cada vez más elevada. Para el tratamiento de muchas enfermedades se necesitan aparatos costosos. Ya no sirve sólo la prestación personal del médico. La estructura técnica de la Medicina moderna, por una parte, la encarece, y por otra, sitúa numerosas piezas intermedias entre el médico y el enfermo, amenazando con quebrar, y a veces quebrando, la unidad del acto médico. Antes, los grandes personajes tenían su médico propio. Ahora, aun disponiendo de él, tienen que ser atendidos en los grandes hospitales.

El mismo enlace inexorable que en el mundo moderno se establece entre la tecnificación y la «masificación», lo encontramos en la Medicina. El paralelismo existente entre los avances de la técnica y los avances sociales, no se debe a una pura coincidencia histórica. Primero fue el seguro contra accidentes de trabajo. Después, el seguro contra la enfermedad. Ahora, una extraña pululación de seguros intenta proteger al hombre moderno contra toda eventualidad, socavándole su apetito por el riesgo y la aventura. El Estado moderno se halla en trance de convertirse en una gigantesca sociedad de beneficencia. Y, a pesar de todo, ¿se ha sentido nunca el hombre tan fríamente desamparado como hoy en medio de esa malla administrativa y aseguradora?

Las leyes de seguros de accidentes constituyen un paso fundamental en el «proceso de alienación del hombre». La responsabilidad del accidente no se discrimina, sino que, partiendo del cálculo de que en tales condiciones de trabajo hay tantos accidentes, se crea un sistema compensador de esa pérdida de energía económica. El accidentado está sometido al proceso de «cosificación» del hombre moderno, es decir, de degradación del hombre en cosa. Su enfermedad —su sufrimiento— se calcula antes de que se cure, y al ser curado vuelve a ser objeto de un nuevo cálculo que mida el rendimiento que puede quedar.

En verdad que tal proceso constituye una gigantesca realización histórica. Lo que ocurre es que el ser humano muestra siempre una extraña resistencia al proceso de alienación, a ser convertido en cosa. En la vida individual nos encontramos en situación análoga. La vida de cada hombre se consume en sus obras, pero se niega a ser anulada totalmente por la obra misma, aunque sea genial. Lo mismo ocurre en la colectividad. De ahí las grietas que tienen lugar en ese proceso de alienación.

La misión del espíritu es luchar contra ese mismo proceso de alienación. Rebelarse contra él. En la Medicina actual tenemos un bello ejemplo de lo que significa esa rebelión. Por lo que acabo de decir, parece que las dos grandes constantes sobre las que se apoya el progreso de la Medicina moderna son la tecnificación y la socialización. Pero esos dos grandes arbotantes muestran sus quiebras. La socialización de la Medicina supone un proceso de racionalización, que es incompatible con la vida misma. Cada norma legal que se dicta resuelve unos problemas, pero crea otros distintos. Si la enfermedad fuese un fenómeno cuantificable, resistiría, sin protesta, cualquier norma racional que se le aplicase; pero la enfermedad resiste a todo proceso de cuantificación. Los médicos se ven obligados a señalar en tantos por ciento la capacidad de trabajo de un herido, cuya lesión ha curado dejando tras sí alguna secuela. Sólo ellos saben el esfuerzo que cuesta tal valoración. En el fondo, no hacen más que una apreciación intuitiva, que se apoya secundariamente en unos cuantos conocimientos técnicos. Lo que un hombre, sano o enfermo, es capaz de hacer, depende de algo más que su fisiología; y, ¿cómo se mide la fatiga? Desde hace muchos decenios andan fisiólogos y psicólogos tras este problema. Los intentos de reducirlo a un esquema cuantitativo han fracasado. La fatiga depende, entre otras cosas menos sustanciales, de la situación y de la personalidad. Recuerdo, en mi época de estudiante, en Alemania, la visita a las instituciones para lesionados cerebrales, y las observaciones, ya clásicas, que allí se hacían. Un lesionado era incapaz de un rendimiento físico en el trabajo, y, en cambio, rendía cuantitativamente mucho más en el juego. Lo mismo ocurría con los rendimientos intelectuales. De esta disparidad se han deducido a veces conclusiones falsas sobre la buena o mala voluntad de los enfermos. Esta puede existir, pero no es ése el único problema. El enfermo se encuentra, por sus síntomas, ligado a una determinada situación vital.

La importancia de las situaciones vitales demuestra la estadística. Las enfermedades crecen y decrecen según las situaciones históricas. Empiezan a aparecer los primeros síntomas que, tras el esfuerzo de la postguerra, señalan la aparición de una deflación en la actitud vital. En una empresa centroeuropea, en la que trabajan muchas mujeres, se ha comprobado que, de seis mil, sólo doscientas han pasado sin estar un solo día enfermas. En una fábrica de vestidos, de trescientos diez trabajadores se han dado noventa como enfermos. Este flujo y reflujo es análogo al que se ha observado durante las guerras. Cuando una guerra se pierde, los hospitales se llenan de enfermos y, sobre todo, de neuróticos.

El mundo de la enfermedad cambia según las circunstancias históricas y sociológicas. Creemos muchas veces que las enfermedades son, como ingentes cristalizaciones geológicas, impermeables a la acción humana; pero no hay tal. Han disminuído las enfermedades infecciosas —me refiero, naturalmente, al mundo occidental—, pero han aumentado las intoxicaciones, las neurosis y aun otras enfermedades orgánicas. Las estadísticas discuten si el cáncer es ahora más frecuente porque el ser humano se halla más expuesto a factores cancerígenos, o simplemente porque, al aumentar la edad media del hombre, puede aparecer la enfermedad en este grupo de supervivientes estadístiocs.

Esa variación histórica y sociológica del mundo de la enfermedad muestra, empero, una escotadura todavía más curiosa. Antes he dicho que la misión del espíritu es compensar el proceso de alienación del hombre. Y en la Medicina actual vemos una maravillosa expresión de esa misión.

La tecnificación y la socialización de la Medicina van a la par de un tercer proceso, que se podría llamar *psicologización de la Medicina.* El proceso es muy complejo, y nos muestra las estructuras más profundas del hombre en su condición histórica presente. Porque tal psicologización de la Medicina se realiza, simultáneamente, en dos planos: uno, en el de la Medicina como ciencia, al cual corresponde el crecimiento considerable de la psiquiatría, el nacimiento de la medicina psicosomática, la aparición de las más diversas escuelas psicoterapéuticas, etc. El otro plano corresponde a la *psicologización misma de la enfermedad,* no sólo en sus manifestaciones, sino en su determinismo. A mi modo de ver, la experiencia actual demuestra que las enfermedades se manifiestan hoy más que antes por sus síntomas subjetivos, y además están más íntimamente enlazadas con los acontecimientos de la vida personal.

Novalis decía: «Toda enfermedad es una enfermedad del alma». En un cierto sentido, tenía razón. La enfermedad es un proceso objetivo: el cardíaco tiene taqui-

cardia, y el asmático, disnea; pero, junto a los trastornos objetivos, en los que se manifiesta cualquier enfermedad, se hallan los subjetivos: el dolor, la opresión, la dificultad de respirar o de moverse, etc. En una palabra, el *sufrimiento*. La enfermedad tiene, pues, un aspecto *óntico*, como proceso que transcurre, y uno *pático*, como algo que ocurre en el hombre que la padece. Pues bien, en la sintomatología de las enfermedades hay un desplazamiento hacia el lado *pático*. Parece increíble, en la época de los análisis y de las radiografías, pero es así. La enfermedad es, cada vez más, sufrimiento, por la misma razón que el hombre moderno busca cada día más placer en la vida. Para Freud, el gran motor de la dinámica humana es el principio del placer. Y hasta qué punto el hombre se agota trabajando para conseguir nuevos placeres, lo demuestra el dato estadístico de los matrimonios en los que deciden trabajar ambos, ávidamente, para poder comprar un coche con el que distraerse —o fatigarse— en la excursión dominical. Por esa apetencia acrecida del placer, que se halla insuflada en la vida moderna, la enfermedad, al limitarla, es cada día más sentida como sufrimiento. Su cara pática adquiere dimensiones descomunales, enriquecidas, por otra parte, por la mayor capacidad de análisis del hombre moderno, que se dirige sobre sus propias sensaciones morbosas. Antes, el hombre enfermaba más en bloque, más simplemente, podríamos decir. La enfermedad se integraba en el mismo proceso de vivir. No era nada extraño que se incrustase a él. Ahora la enfermedad, aun la más banal, se ha convertido en un monstruo terrible. De la enfermedad se ha arrancado toda la posible nobleza, y se considera —salvo excepciones— como un modo de envilecer la vida. La expresión quizá resulte fuerte. Pero no; entre las técnicas de envilecimiento a las que aluden ciertos escritores contemporáneos (G. Marcel), se ha olvidado ésta, que consiste en ver en la enfermedad sólo la proyección, sobre la alegría de vivir, de las sombras de la nada.

Este desplazamiento del perfil de la enfermedad hacia las honduras del sufrimiento, es correlativo —¿cómo no?— con un cambio en la actitud de la Medicina.

Examinemos más detenidamente este cambio de perspectiva. Si se quiere buscar una referencia histórica concreta, yo apelaría a lo que ocurrió en la Clínica Médica de Heidelberg en el período entre las dos guerras. El proceso afecta, como es natural, a toda la medicina nacida de la cultura occidental, pero, como todo proceso histórico, se arremolina en torno a algunos nodos o puntos que permiten examinarlo con mayor plasticidad. En la Clínica de Heidelberg, bajo la dirección de Ludwig Krehl, se trabajaba, como en las demás clínicas europeas y americanas, siguiendo la pauta de la Medicina como ciencia natural. La Física y la Química mostraban cada vez más la posibilidad de enriquecer los conocimientos biológicos. El secreto de la enfermedad estaba en su etiología, en su fisiopatología y en su terapéutica. La experimentación animal permitía quemar las etapas en la investigación, acumulando pruebas y material, sin necesidad de esperar la larga y confusa observación clínica. Pero hubo un momento, en la vida de Krehl, en el que se le impuso la convicción de que tal búsqueda se estaba convirtiendo en la persecución de un fantasma que hacía olvidar la realidad concreta del enfermo. Tal momento quedó expresado en la conferencia titulada «Krankheitsformen und Personnlichkeit» [1]. En ella quedaba consignado el redescubrimiento del enfermo como realidad primaria de la Medicina. La enfermedad no era sólo un proceso, sino también un sufrimiento. Adquiriría el lector una idea falsa si creyese que tal cambio de perspectiva se operó sólo en Heidelberg. En otras partes de Alemania

[1] Que libremente podríamos traducir por «Las formas de enfermar y la personalidad».

también tuvo lugar. Posteriormente, Europa ha vuelto a ser invadida, desde América, por la medicina psicosomática, que ella misma lanzó.

Tal cambio de perspectiva supuso el tener en cuenta los factores irracionales en el mundo de la enfermedad y, sobre todo, en sus valencias psíquicas. La psiquiatría tomó más amplio contacto, a través del frente de las neurosis, con el resto de la Medicina. Y así se ha realizado un gran movimiento de fuerzas que trataré de dibujar brevemente en las líneas siguientes.

Muchas veces nos preguntan a los psiquíatras si es cierto que la vida moderna trae un incremento en el número de las neurosis. La pregunta no queda contestada con una afirmación que, en su brevedad, está cargada de inexactitudes. Por una parte, muchos sufrimientos que antes se consultaban a los confesores, ahora se consultan a los médicos. La secularización de la vida moderna trae como consecuencia que el médico goce de una confianza que antes sólo se entregaba a los religiosos; pero tal secularización no se debe sólo a la elevación del papel social del médico, sino también al descubrimiento de la dinámica profunda del sufrimiento y a un cambio en su perspectiva. La presencia de la dinámica instintiva de la personalidad es uno de los grandes descubrimientos del hombre moderno. Tal dinámica instintiva se ha hecho más transparente merced al estudio de las neurosis; pero su área de valor comprende todo el mundo de la enfermedad y aun del hombre sano. Hoy no se pueden estudiar muchos problemas médicos olvidando aquélla. En el diabético es muy importante conocer el metabolismo de los glúcidos; pero lo es más, si cabe, el análisis de la dinámica de sus hábitos de comer. Por eso decía antes que las enfermedades mismas se han psicologizado, es decir, en su teclado sintomatológico, las teclas psíquicas adquieren día a día mayor relieve.

Recuerdo que, durante la última guerra, recibimos la visita de grandes internistas alemanes. Comenté con uno de ellos, el profesor Katz, cómo durante la guerra española habíamos observado menor número de neurosis típicas —es decir, de histeria de guerra— que durante la guerra del 1914 al 1918. Entonces me relató la curiosa observación, ampliamente confirmada después, de que durante la última guerra disminuyó el número de casos de histeria observados, pero aumentaron los de otras enfermedades; por ejemplo, la úlcera gástrica. Tal cambio en la patología de guerra tenía una honda raíz histórico-social. La raíz se halla en un cambio, nada menos, que en el estilo de la comunicación humana.

Que el hombre no está solo en el mundo, sino que el mundo humano se constituye precisamente por la presencia de los demás es casi una perogrullada. La relación del hombre con los demás, es decir, el misterioso fenómeno de la comunicación humana, se halla sujeto a estilos históricos que el hombre mismo crea. La «tecnificación» y la «masificación» aumentan el proceso de alienación o, dicho de otro modo, el de deshumanización. La relación personal se funcionaliza a medida que pierde calor humano. La histeria necesita, para florecer, del calor de la presencia humana. Si los demás quedan indiferentes, fríos, la sintomatología histérica, en lugar de florecer, se marchita y arrasa por ese frío que le llega de los demás. En un mundo en el que las relaciones personales son más glaciales, las tensiones nerviosas se interiorizan, en lugar de descargar hacia afuera. Tal interiorización percute sobre los mecanismos vegetativos, que rigen la vida visceral, y por eso engendra otro tipo de trastornos, tales como la úlcera gástrica. Muchas enfermedades psicosomáticas tienen una génesis parecida. Una nueva psicología de la enfermedad ha aparecido. A un mundo burgués, crecido en el clima de la confianza y de la comprensión, corresponde la histeria, convirtiendo en drama representado su conflicto interno. Con la industrialización nace la neurastenia. Los primeros

casos de neurastenia descritos fueron debidos a accidentes de ferrocarril. El ritmo acelerado que impuso el proceso de industrialización se tradujo, en el hombre, por esa forma de fatiga nerviosa, que se llamó neurastenia. La gran crisis del mundo contemporáneo, el viento nihilista que lo azota, la quiebra con el contacto cordial entre los seres humanos, la funcionalización de su vida, etc., producen esa niebla impalpable en que se halla sumergido el hombre moderno y que se llama angustia. La angustia es la palabra clave de los tiempos nuevos. De angustia hablan los filósofos y los literatos; de angustia enferman hoy aquellos seres que antes enfermaban de histeria y de neurastenia. Entiéndase bien lo que quiero decir. No es que haya cambiado la perspectiva médica y que ahora se empleen otras etiquetas para los mismos enfermos, *sino que ha cambiado la forma misma de enfermar.* La enfermedad es un acto vital más, y la vida del hombre no puede concebirse ajena a la circunstancia histórica. La cual, por otra parte, es su misma obra, de la misma manera que lo que el médico piensa de un enfermo influye en el modo cómo el enfermo expresa su propia enfermedad.

Frente al hecho mismo de «enfermar», ha cambiado profundamente la actitud del hombre en el curso de la historia. ¿Cuál es la actitud del hombre contemporáneo? La misma que revela la propia estructura de su situación histórica. Se dice que el hombre se mueve por sus conocimientos; más bien deberíamos decir que el hombre se mueve por sus creencias y por sus saberes, aunque muchas veces, creencias y saberes se envuelven en el propio ropaje de los conocimientos. Una creencia, fuertemente arraigada en el hombre contemporáneo, es la del progreso indefinido. El progreso incoercible de la Historia se transmuta en la creencia en el progreso incoercible de lo que constituye el momento presente. La ciencia ha sido el gran aporte histórico del hombre moderno. Yo no sé si el más definitivo; pero a los que vivimos en esta hora, así nos los parece. Si la ciencia ha de progresar indefinidamente; si la técnica ha de ser cada vez más poderosa, quiere esto decir que la Medicina, en cuanto hija de la ciencia y de la técnica moderna, está sometida también a esa ley inexorable y seductora del progreso indefinido. Los enfermos viven muchas veces en esa creencia. Aun cuando se les confiesa —¡y con qué dificultad hace esa confesión el médico moderno!— que «la ciencia es incapaz de curar su enfermedad», todavía el enfermo dice: «Pero se descubrirá pronto cómo se cura, ¿verdad, doctor? ¿Llegaré a tiempo?». Repárese un momento en aquella frase «la ciencia es incapaz de curar su enfermedad». La situación tan humana, tan personal, que es la del médico con el enfermo, se encuentra suplantada por una relación entre dos abstracciones: por un lado, la ciencia, que suplanta al médico, y por otro, la enfermedad, que suplanta al enfermo.

Los directores de periódicos y semanarios conocen la avidez con que las gentes leen las noticias médicas. Los pequeños avances de cada día saltan a las páginas de los periódicos, muchas veces, antes que a las revistas médicas o a los congresos de la especialidad a que se refieren. Un médico bien informado necesita, para que sus enfermos no le sorprendan con noticias terapéuticas que ignora, leer esos semanarios antes que las propias revistas médicas. Esta esperanzadora carrera en pro del progreso ilimitado, ¿qué significa? La paradoja que entraña la situación del habitante del mundo occidental en este momento, es evidente. Se vive más largamente; pero, ¿es que nuestra muerte, no la muerte en general, sino la muerte propia, está más lejana por ello? Entonces, ese cualquiera que es el hombre de la calle empieza a pensar que su creencia en el progreso indefinido es una mezcla de realidad y de utopía. Que es verdad que cada día se sabe más del átomo, y que están, o deben de estar, próximas las aplicaciones médicas de esas nuevas fuentes

de energía, pero que, junto a ello, los riesgos de que un día tropiece *con el límite de su propia vida* no están muy lejanos, sino *conscientemente* más próximos. Por una parte, huye de pensar en esa situación límite, y por otra, la misma se le revela como más posible, como más próxima. Esa lucha entre el olvidar la muerte y la aparición inexorable de su espectro, infiltrado en la vida cotidiana, es otra de las fuentes de angustia del hombre contemporáneo. Porque, de la misma manera que conoce la existencia de nuevas terapéuticas, sabe más, no diría de nuevas enfermedades, sino de los peligros que desde este lado le acechan. Las campañas higiénicas son un arma de doble filo. Por una parte, el cáncer, por ejemplo, se cura mejor si se diagnostica antes. Para ello, es necesario que el enfermo conozca los síntomas iniciales de la enfermedad. Aún más, se postula que se someta a un cuidadoso entrenamiento introspectivo, para que cuando alboree el primer síntoma pueda rápidamente ser yugulado el proceso. Los primeros síntomas de las enfermedades suelen ser muy capciosos, vagos, difíciles de valorar. Los médicos lo saben muy bien; pero ya el enfermo, con el primer trastorno, que puede resultar una falsa alarma, empieza a ingerir la primera bocanada de angustia. El progreso indefinido exige, como contrapartida, *ese sacrificio del propio silencio de nuestro cuerpo.* El secreto de la salud consiste en ignorar su presencia; y ahora resulta que tal ignorancia debe ser, como el analfabetismo, cuidadosamente extirpada. Ocurre como con el aprender a leer. Que no todo lo que se lee es bueno, ni tampoco es agradable todo lo que se puede escuchar de nuestras melodías corporales. Lo tremendo es esto: educarse para escuchar, en lugar de educarse para olvidar y no oír.

Es una muestra más del tremendo proceso de «concienciación» a que está sometido el hombre moderno. El psicoanálisis descubrió que la curación de las neurosis consistía en traer al plano de la conciencia lo que estaba oculto en el subconsciente. La Medicina moderna descubre que la curación de muchas enfermedades depende de que se conciencien pronto. El arte moderno significa también un descubrimiento de lo que la naturaleza oculta bajo sus formas aparentes y lo que el pintor tiene en su mundo profundo. Tal descubrimiento de las entrañas, para ser sometido a un proceso de «intelectualización», tiene un precio que hay que pagar: es la angustia.

El hombre vive, desde el primer momento, en defensa contra la angustia del existir. Otras veces he recordado la tremenda inicial angustia que debió de sufrir el hombre, el primer día, al ver que la luz se esfumaba y, con el crepúsculo, desaparecían los contornos de las cosas y comenzaba el espacio a poblarse de sombras. ¿Qué pasará? ¿Volverá la luz? La primera noche del ser es la primera experiencia angustiosa. Afortunadamente, venimos al mundo muy desvalidos y con esa forma rudimentaria de conciencia del recién nacido, que no distingue la noche del día. Así resulta ya aminorada y disminuída en sus comienzos la tragedia del humano existir.

Pues bien, ahora resulta que el hombre moderno, sin querer, quiebra sus propias defensas contra la angustia. Quiere una vida larga y placentera. De que sea larga encarga a la Medicina, y la Medicina, en su intento de hacérsela más larga, en lugar de hacerla más placentera, le va instilando, todos los días y sin querer, unas gotas de angustia.

He aquí un proceso antinómico. Esas gotas de angustia le hacen dudar del progreso indefinido. De esa antinomia está impregnada también la lucha contra el dolor. El médico ha enriquecido la farmacopea antidolorosa de un modo maravi-

lloso; pero, con frecuencia, los mejores medicamentos contra el dolor liberan al enfermo de unas cadenas para hacerle después caer en otras.

La medicina científica es la gran adversaria de la medicina mágica. Estamos en el siglo de los grandes éxitos de la medicina científica; pero —¡oh, misterio de la historia humana!— también en el siglo de los grandes curanderos. Pero no es eso sólo. La magia se infiltra en la propia Medicina por una escotilla curiosa. Ahora se han sometido a cuidadosos estudios estadísticos los «placebos». Y tal estudio ha demostrado su eficacia en gran número de casos. Lo que cura en esos casos no es el medicamento que da el médico, sino el hecho de que el médico dé un medicamento. Es decir, esa forma especial de comunicación que se establece entre el médico y el enfermo. Para explicarla, yo apelaría a la analogía con los procesos de transferencia.

Lo esencial de la psicoterapia es la *transferencia*, es decir, la misteriosa comunicación psicológica que se establece entre el enfermo y el médico. En el psicoanálisis clásico se admite que el neurótico cura gracias a la reviviscencia, ante el médico, de sus situaciones traumáticas anteriores, reviviscencia que le permite una maduración de su personalidad, libre de las influencias inhibidoras a que ha estado sometido durante su vida familiar. A mi modo de ver, el secreto de la transferencia es otro. Estriba en la relación mágica que se establece entre la personalidad angustiada del enfermo y la del médico. La angustia del enfermo no puede resolverse por poderes racionales, sino irracionales y mágicos. El médico es poseedor, en tanto se tiene fe en él, de tales poderes. Fe en él o en sus obras; es decir, en los medicamentos que administra. El secreto de los placebos radica en ser soporte de esa relación mágica, como lo son las vitaminas y tantos otros medicamentos como se emplean, cuya eficacia farmacológica dista de estar asegurada; no así su poder curativo. Tan importante es esta relación, que aun los mismos médicos, cuando están enfermos, viven de ella y reciben sus efluvios misteriosos, como cualquier ignorante campesino. Sus conocimientos no bastan a disolver la angustia; antes la crean. Yo conozco el caso de médicos de gran saber, que en trance de enfermedad han buscado esa salvación de la angustia aun fuera de la ciencia.

El cambio en la perspectiva del enfermo alcanza planos más hondos. Las enfermedades han sido consideradas, en tanto acontecimiento individual, como hechos puramente casuales. Una perspectiva científico-natural impone esa consideración de la enfermedad. A lo más, permitirá una aproximación estadística. Pero, aun así, se descubre que en una fábrica el tanto por ciento de accidentados no se difumina uniformemente por toda la población obrera, sino que hay unos cuantos que acaparan ese coeficiente. Cuando un obrero tiene un accidente, aun cuando cure totalmente, parece hallarse más predispuesto a nuevos accidentes. En una palabra, y para abreviar: en un hecho tan casual como el sufrir o no un accidente, influye la configuración personal.

Las neurosis aparecen en la vida en sus momentos cruciales, de tal suerte, que parecen tener un sentido dentro de la vida individual. ¿Ocurre lo mismo con todas las enfermedades?

Esta nueva perspectiva biográfica está llena de misterios. ¿Hasta qué punto una enfermedad aparece y define una crisis biográfica? V. Weizsacker contestaba siempre por la afirmativa a esta pregunta. Citaba, entre otros, el ejemplo de Primo de Rivera, cuya enfermedad última apareció tan íntimamente enlazada con su derrota política. Sin embargo, no es siempre posible llevar tan lejos la hermenéutica. Toda enfermedad adquiere siempre un sentido en la vida. La enfermedad es una limitación de la vida, como un trasunto de la muerte. Es una «muerte pequeña».

La cuestión del *sentido de la enfermedad* es, en verdad apasionante. Todo el mundo que ha estado enfermo conoce el proceso de rebeldía contra el destino que se alza en uno en el momento en que la enfermedad le abate: ¿por qué he de estar enfermo? Ese «ahora y aquí» de la enfermedad es el gran problema de la antropología médica moderna. No se puede forjar una verdadera antropología que eluda ese problema. El hombre es un ser constitutivamente inválido y enfermo. Desde Nietzsche a Gehlen, por citar sólo los autores más próximos, en todos se repite el mismo tema. Pero, aparte de la invalidez constitutiva del hombre, está la inserción de una enfermedad —¿de cuál?— en un momento determinado de su vida. «La esencia de la enfermedad es tan oscura como la de la vida.» (Novalis.) Pero nadie nos impide querer penetrar en esa oscuridad, aun presintiendo que será imposible romper totalmente el misterioso velo que la cubre. Al hecho de vivir corresponde el hecho de poder estar enfermo. Tan es así, que Muller-Erhardt ha formulado este principio en una tesis que parece una caricatura del mismo: «La enfermedad de no poder estar enfermo». Muller-Erhardt plantea el problema partiendo de los casos en los que una enfermedad corporal se suple por una psíquica. Muchas enfermedades psíquicas o mentales —dice— aparecen precisamente porque el enfermo no puede estar enfermo de su cuerpo. A los médicos educados en la medicina exclusivamente de base científico-natural, tal pensamiento puede parecer una blasfemia. Por blasfematoria que parezca, tal afirmación alude a una realidad misteriosa que nos ofrece la clínica: la suplencia entre enfermedades corporales y psíquicas; por ejemplo, la depresión, que suple a una úlcera gástrica o a un episodio artrítico. «En sujetos enfermizos —decía Quevedo— nunca los males huyen, sino múdanse.» (Sentencia 981.)

Encontrar el sentido de la enfermedad en la vida misma es olvidar que la vida humana es más que vida y no se agota en sí misma. Las interpretaciones del dolor y del sufrimiento necesitan también de esa perspectiva trascendente. Las enfermedades van acompañadas de dolor. Bien sabido es que el dolor es síntoma de la enfermedad. De ahí se pasó a afirmar que el dolor es heraldo o nuncio de la enfermedad y, por consiguiente, que se instala como un sistema defensivo. Mucha psicología del dolor se ha hecho limitándose a ese punto de vista. La experiencia demuestra, por el contrario, que hay enfermedades graves que cursan sin dolor, y otras leves que se acompañan de terebrantes espasmos dolorosos.

El dolor no es siempre nuncio de la enfermedad, ni cuando aparece nos señala el peligro que la enfermedad encierra: el dolor, en cambio, es apertura, conocimiento. Sabemos de nuestro cuerpo por el dolor; sabemos del valor de la vida del prójimo y de la nuestra por el dolor. El dolor nos habla de que la vida no termina en sí misma, de que ese «más que vida» es, por una parte, conocimiento, y por otra, posible perduración.

La época actual ha creado una nueva actitud ante el dolor. Si ha crecido tanto la farmacología antálgica, es porque el hombre huye más del dolor, lo soporta menos, al mismo tiempo que sus poros están más abiertos a él. El crecimiento fabuloso de la conciencia del hombre contemporáneo, la inflación de su conciencia, ha sido correlativa con un aumento de la sensibilidad por el dolor. Y, al mismo tiempo, el hombre, arrojado a la desnudez de la vida, ha vuelto a sentirse culpable. Hacía mucho tiempo que en la historia de la Medicina no habían aparecido tan entrañablemente juntos el tema de la *culpabilidad* y el de la *enfermedad*. La

antilógica de la historia humana y de la vida ha permitido que, al mismo tiempo que se avanza en la «naturalización» de la enfermedad, es decir, en la concepción de la enfermedad como proceso físico-químico, surja el fantasma de la culpabilidad, envolviendo el proceso natural de la enfermedad. Naunyn decía: «La Medicina habrá de ser ciencia natural o nada»; pero la Medicina moderna se ha rebelado contra ese imperativo y, sin dejar de serlo, ha querido simultáneamente escuchar la famosa lección inaugural que pronunció Johannes Muller, en 1829, con el título: «De la necesidad que tiene la Medicina de una perspectiva filosófica». Postular una medicina filosófica es un grave error; pero no lo es postular una medicina en la que la persona humana entre en su totalidad y por la puerta grande. Una medicina personal que deba, no anular, pero sí absorber la medicina puramente científico-natural. Nunca la úlcera gástrica de un hombre será igual que la úlcera de un perro. La riqueza de la patología humana se debe precisamente a eso, a ser humana. ¿Triste privilegio?

Dirección: Pastor, 4. Madrid.

«Nuestro tiempo», n.º 64, octubre 1959. Editado por *Estudio General de Navarra.*

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 405. - TOMO LXVIII
DICIEMBRE 1959
SECCIÓN VARIA

SANTUARIO DE GUARA

POR EL
DR. EMILIO JOSÉ ROSEL SÁEZ
ZARAGOZA

«El médico tiene por costumbre mirar hacia abajo, en dirección al lecho en que yace el enfermo.»
(LANGE, en su libro «El carácter y el rostro.)

ENVÍO

A tí, médico. A tí, farmacéutico, mi compañero, amigo y hermano. A tí, que también sabes mirar hacia arriba buscando el camino del Cielo en las virtudes de los Santos Mártires Anargyros.

EL AUTOR

QUIERE la tradición oscense que los Santos Cosme y Damián pasasen por la Sierra de Guara (Huesca) y, perseguidos por unos inidentificados enemigos, se escondieran en una cueva natural existente en el monte llamado «Huevo de San Cosme» (el hecho de separar en esta denominación a los dos hermanos ha inducido a algunos a suponer mayor veneración por San Cosme que por San Damián; tanto monta, monta tanto), llamándose así este monte por existir allí una piedra-monolito de forma ovoide, de unos cinco metros de altura, a corta distancia de la ermita a ellos hoy dedicada, en terrenos propiedad de la casa de Luna de Villahermosa, saqueada en 1939 por la horda roja. Continúa diciendo la tradición que, una vez cobijados en el interior de la cueva, unas arañas tejieron inmediatamente sus telas tapando por completo la boca de entrada, despistando así a los perseguidores de los santos médicos.

Y esta tradición nos mueve a la reflexión. Tenemos en varias ciudades y pueblos calles y plazas dedicadas a nuestros Santos Patronos; efímero y transitorio recuerdo a merced del veleidoso capricho humano. Los oscenses, firmes en sus creencias religiosas, así lo entendieron y dieron a este monte el nombre de «Huevo de San Cosme», porque los nombres geográficos son los que más perduran. Es de esperar que las nuevas generaciones así lo comprendan también y persista este nombre hasta el fin de los días, como persistirá la devoción oscense hacia los Santos Anargyros, devoción que ha sido capaz de transformar estas montañas y arroyos en un magnífico y grandioso retablo natural ante el que forzosamente hemos de sentirnos empequeñecidos.

Esta tradición hemos de tomarla con muchas y muy grandes reservas, pues no está probado que los santos Cosme y Damián abandonasen Arabia y mucho menos que viniesen a España, aunque así lo aseguren los oscenses, jurándolo por la «parrilla» de San Lorenzo, diciendo que cuando estuvieron en Guara obraban milagros curando con el agua de la hoy llamada «Fuente Santa» y que vierte sus aguas, gota a gota, en la capilla del Santuario, y donde aun hoy en día acuden enfermos de toda España en remedio de sus males.

A vuestro gran pabellón
llegan pobres infinitos;
a sus súplicas y gritos,
os movéis a compasión.
Que logren vuestra protección,
con ansia lo deseamos.
Benditos Cosme y Damián,
mil parabienes os damos.

(Gozos regionales.)

Cierto o no cierto, es motivo de peregrinaje; catorce pueblos de la provincia acuden en anual romería a este Santuario, celebrando cada uno de ellos misa con sermón, con gran solemnidad y ante una gran concurrencia de devotos. Cierto o no cierto, este peregrinaje lo mueve la fe. Y, ¿acaso la fe no es el mayor de los milagros?

Por las serranías de Guara se canta esta copla:

Too *lo arreglan los* medicos
con potingues de botica;
la cencia *es la de San Cosme:*
curar sin hacer vesitas.

Y típicamente, al género picaresco de la literatura española pertenecen los gozos en forma de adivinanza que cantan los chicos y mayores de aquella Sierra:

San Cosme y San Damián
siempre juntos van;
el uno come queso,
el otro come pan.
¿Cuál es el más listejo?

La solución no es para escribirla en letras de molde; pero en su veneración a los Santos, los serranos la dan sin malicia y nadie la interpreta mal, aunque junto a los ósculos figure cierta parte de la anatomía humana.

Este Santuario existía ya en el siglo XI, y en él, después de la Reconquista, en el año 1396, los vecinos de Huesca, bajo la protección del Rey de Aragón don Martín, fundaron una Cofradía del Santísimo Sacramento y de los Santos Mártires Cosme y Damián, a la que en 18 de diciembre de 1672 concede gracias apostólicas S. S. Clemente X.

Ricardo del Arco, en su libro «Repertorio de manuscritos referentes a la Historia de Aragón», hace la siguiente cita, con relación a los estatutos de esta Co-



SAN COSME Y SAN DAMIAN,
VENERADOS EN SU SANTUARIO DE GUARA.
Cuneti fideliter deprecantes sani Excessserunt Sáreg Taron de gler Mart. A. 1608

fradía: «Foli, perg., del siglo XVI, encuadernado con tapas de madera. Comienza con cuaderno en 4.º, del siglo XIV, con tres miniaturas a plana entera, del Pantocrator, los Santos titulares y el Rey Don Martín, mayestático, y otra menor, del Calvario, en el centro de la página que contiene el comienzo del texto de los cuatro Evangelios. Siguen las ordinaciones de la Cofradía y las listas de cofrades, continuadas posteriormente.»

Lástima grande que a la muerte de este gran investigador histórico aragonés haya desaparecido este documento.

Dirección: Lugo, 168. Zaragoza.

El autor agradecerá el envío de cuantos datos históricos, legendarios, artísticos o literarios guarden relación con los Santos Cosme y Damián.

El trabajo que se ha publicado corresponde a uno de los capítulos del libro en preparación, del doctor Rosel, «Aragón por los Santos Cosme y Damián, anargyros médico-farmacéuticos», que iremos publicando sucesivamente.

INDICE (1)

DE AUTORES

	Págs.
A	
Acosta-Sisón ... 302	307
Albea Urrutia	300
Alcántara López	226
Aleixandre Traver ...	294
Alier Ochoa	143
Aliga Lindo	138
Alfonso (R.)	136
Althammer	135
Alvarez Fernández ...	144
Ambrós	227
Anzano	57
Araújo Oliveros ...	*413
Arenas	297
Aubry	130
Audit	303
Aznar Reig (A.) 213	215
B	
Babolini	449
Baens	303
Báguena Candela 53	213
Balliart	131
Barberá	373
Bargués Altimira	141
Baronelli	54
Barsori	446
Bassas Grau 142	438
Basterra Ibarra	203
Bedoya	293
Belda	298
Bellanger	302
Benzcry	304
Bermudo Fernández .	214
Bernad	51
Bernard	305
Bessis	51
Beyrouti	307
Biancani	219
Blanco Corisco	370
Boissier	440
Bonilla	294
Bonomini	136
Broc	55
Botella Llusiá *253	298
Borrasca	367
Brugger	214
Buckstein	205
Burrei	373
Buzesco	57
C	
Cabrera	219
Cagianelli	219
Calatrava	443
Caltabiano	219
Cambra Mercader ...	226
Cameron	50
Cantenys Cervera ...	143
Capdelletti	216
Carceller	298
Carelli	372
Casassas	370
Casiello	*260
Castellanos 56	220
Castillo (E.)	214
Castro	132
Catta	223
Cavallé	370
Cavallini	219
Celma Hernández ...	368
Cennachi	218
Cercós García	143
Cerviá	201
Cirbelo	222
Clavero Núñez	300
Cobet	127
Coderch de Sans	141
Conde	446
Coronado Zelada ...	*19
Corral	367
Courtois (J. E.)	439
Cruz	304
Cueva	137
CH	
Chacón	*174
Chaucholle	364
Chierici	446
Christopher	440
D	
Dalmases Gosé	143
Dalmáu Ciria ... 368	442
Damn	445
Dearin	216
Dechosal	208
De Gregorio García Serrano	*10
Delgado Serrano	377
Dexeus Font ... 298	299
Dexeus Trías de Bes	299
Diamond	128
Díaz Rubio	211
Dicci	365
Dimayuga	136
Domínguez Adame ...	330
Donadio	372
Dönhard	128
Dotti	217
Dubois	332
Duque Estrada	130
Dusajun	204
E	
Erhard	127
Esente	365
Espinós Tayá	143
Esplugues Requena ...	214
F	
Faro Moreno	*174
Fernán Pérez	58
Fernández Ruiz *237, 301	451
Févre	439
Fischer	134
Flórez Tascón	53
Florey	213
Flock	216
Flamet	308
Forteza Bover 53	213
Fraga	448

(1) Los títulos de los artículos originales escritos expresamente para esta revista figuran en él con letra distinta, y los números de sus páginas, con asterisco.

G

Galletti 218
Galli 372
Gálvez 298
Gandolfo 372
García Díaz 203
García Hernández 443
García Ibáñez 215
García Muñoz *321
García Orcoyen 451
García Palacios 222
García Ramos 363
Gares 306
Gautreau *197
Gerosa 374
Ghons 308
Gibiani 372
Gil Vernet 379
Gineste 306
Girard 208
Giral 56
González (G.) 52
González Galván ... *191
Gómez Ferrer 202
Gouskos 305
Greco 56
Grenier 207
Grossi 217
Grzegorzewski *156
Guijarro 371
Guiheneuc 306
Guilera 299
Gutiérrez 220
Gutner 445
Gutzeit 127

H

Hare 216
Hernández (A.) 145
Hestes 209
Heyck 129
Higuera Rojas 132
Horno Liria (R.) *281, 378, 381 383
Houel 306

I

Ibáñez Ramón 380
Iranzo 443

J

Jayle (G. E.) 130
Jaulmes 129
Jiménez Castellanos . 213
Jiménez Díaz 132
Joël 295
Jude 129

K

Killian 128
Killman 445
Knudsen 445
Krayenbuhl 129
Kretschmer 363
Kupperman 445

L

Labandíbar 304
Lacomme 50
La Fuente 298
Lapicciella 446
Latour 207 222
Laz Buerra 307
Lechat 440
Lecoq 210
Lentini 368
Liang - Pai - Chang ... 223
Litmanovich 374
Llamas 375
Lloréns Terol 370
Llovera Grases 144
López Bonilla 224
López Ibor *455
López Sánchez ... 213 215
López (A.) 213
Losada 52

M

Macías de Torres ... 299
Macry 57
Magendie 302
Malinas 307 308
Mallóu Labrador ... *34
Manara 134
Marconi 449
Marín Bonachera 298
Marinello 220
Márquez 222
Martín Arribas 133
Martínez (A.) 52
Martínez González ... 142
Martínez Ramón 202
Mas Oliver 142
Mas y Magró *407
Mazzei 373
Merchante 132
Metais 371
Mesnard 306
Meyer Kesten 447
Miguélez 363
Moragues Bernat 297
Mori Acevedo 445
Moses 445
Motlis 52
Moya Fernández ... *355
Mozota Sagardía (J. R.) 139, *182 *431

N

Nasio ... 18, 48, 114 *332
Nieto Nieto *115
Nitti 137
Nogales Ortiz *253 298

O

Obach 141
Olmer 441
Oliva 301
Oliver Rubio 133
Oliveras Devesa *98
Orlando 134
Ortega (R.) 132

P

Pacheco Oliveras 143
Pañella Casas 227
Paolo 218
Parache 383
Parra Jiménez *146
Pascetti 136
Passeri 135
Pastai 136
Paterakis 305
Peg Juarrero *81, *161 *334
Peláez 367
Peláez Martínez 444
Pelayo 219
Peña Regidor . *278 443
Perlés 439
Pérez Baena 213
Pérez Borja 57
Pérez de Petinto 212
Peset Llorca *434
Peza 57
Pierangelli 54 55
Pontifix 310
Prades Pla 227
Prandí Farrás 444
Prieto Aguirre *228
Puech 207
Pujol Soler 144
Puncernau 145 226

Q

Quadras-Bordes (M.ª L. y M.ª V.) *271, 369 381
Quénu 364
Querangal des Eccarts 129
Quirell 443

R

Ramón Abelló 376
Ramón Vinós ... *241 380
Raitzin 374
Re 55
Ribó 375
Ricci 217, 365 447
Riera 373
Ríos Mozo 211

Ríos Sasiain *401
Rivera Ramos 382
Rivero 55
Rivero Valenzuela ... 53
Rodríguez 52
Rojo 56
Romagnoli 447
Romero (E.) *103
Roqué 448
Rosel Sáez *64 465
Rougeau 223
Rousselet 208
Rouvillois 55
Rozman 369
Ruiz Sánchez 213

S

Sabioni 217
Sadoul 204
Salembier 208
Salvatierra 132
Sánchez 55
Sánchez Lacunza *428
Sánchez Martín 300
Sancho de S. Román 201
Saval Vidal 144
Sauer 216
Scarinci 223
Schabinski 135
Secousse 303
Segers 373
Senechal (G.) 130
Sentenac 303
Serrate 215
Sicuteri 447
Sifflet *197
Sisti 57
Slamm 296
Solé Sagarra 53, 140 450
Soler Sala 226
Solsona 367
Soto Pradera 222
Souquet 364
Storti 49
Subirana 145
Sujoy 448
Sven 445

T

Thorwald 126
Toulouse 302
Triantafillopoulo 309

V

Valette 440
Valladares 56
Valverde Pinedo 370
Vancinni 218
Vannier 205
Vecchi 446
Vega F. Crespo 299
Velasco 218
Vercillo 216
Vicente Carceller 381 *385
Villares 227
Virasoro 446
Visetti *110

W

Warren 217
Weiss 219

Z

Zamorani 220
Zubiri (F.) ... 52, 133 134
Zuckermann *1

DE MATERIAS

Págs.

A

Abdominal (Dos casos de embarazo) 304
Aborto (Estudio histológico e histoquímico de la decidua en el) 298
Aborto habitual (El) 298
Accouchements prematures et avortements tardifs 296
Acreta (Placenta) 308
Actas de las III Jornadas Médicas Aragonesas 363
Actas de la V Reunión Nacional de Sanitarios Españoles (Libro de) ... 438
Actualizaciones obstétricas y ginecológicas 50
Adenocarcinoma endometrial (Propiedades histoquímicas del) *253
Adenitis mesentéricas de la enfermedad de Hodgkin (Las) 367
Afibrinogenemia congénita (Un caso de) 134
Afibrinogenemia (Hemorragias fatales en el parto, por) *241 380
Alcalinoterapia (Posibilidades y realismo de la nueva) *191
Alergia a la penicilina (Tratamiento de la) 217
Amenorreas (Causas de las) 270
Amputaciones (Proyección psíquica de las) *98
Anatomopatología de la placenta acreta 308
Anemias graves del embarazo 302
Anestesia general en otorrinolaringología (La) 227
Angiomas cutáneos (Tratamiento de los) 373
Angulo cardiofrénico anterior (Patología del) 372
Antibióticos (Clasificación Dedef de) . 203
Antibióticos en el tubo digestivo del niño (Acción de los) 221
Anticoagulantes indirectos sobre la función renal (Influencia de los) 216
Antidepresivo: el Tofranil (Un nuevo) 370
Antituberculosa en Asia (La lucha) ... 224
Anquilosis témporo-mandibular (Tratamiento de la) 443
Aparato digestivo (Röntgenoterapia del) 205
Apetito como factor vital (El) ... *355
Apoplejías útero-placentarias (Pronóstico materno y fetal en las) 308
Armonía biológica e higiene mental ... 374
Arroz (Higiene del cultivo del) ... *434
Arte y saber del médico (Significado del) 377
Arterioesclerosis (El lipidograma electroforético en la) 373
Asmático (Pneumotórax espontáneo en un) 223
Aspiración de Monaldi en el tratamiento de las cavidades tuberculosas del pulmón 57
Ateroesclerosis 213
Ateroesclerosis y heparina perlingual 219
Avortements tardifs et accouchements prematures 296

B

Bacilo tuberculoso (Acción de la Kanamicina en la morfología del) 137
Barbitúricos (Aportaciones a la bioquímica de los) *81, *161 *334
Biliar y colecistografía (La colecistocinina en el sondaje) 54
Biliares (Nueva fisiopatología de los pigmentos) 55
Bilio-pancreatique (Le risque operatoire en Chirurgie) 208
Biológica e higiene mental (Armonía) 374
Biologie Clinique (Electrophorese sur papier en) 208
Biopsia renal (Valor clínico de la) ... 136
Biopsias hepáticas por punción 144
Bioquímica de los barbitúricos (Aportaciones a la) *81, *161 *334
Boca (La cirugía radical del cáncer de la) 446
Bosco» (Los complejos de «El) *321
Bronquitis agudas del niño (Tratamiento precoz de las) 444
Bronquitis capilar; su tratamiento 133

C

Cabeza (Dolor de) 129
Cáncer (Tratamiento médico del) 128
Cáncer (La verdad acerca del) 50
Cáncer (Preocupaciones actuales en cirugía del) *1
Cáncer de la mama (Tratamiento por thio-tepa de las recidivas del) 56
Cáncer de la portio (Bases del tratamiento del) 379
Cáncer del cuello uterino (Tratamiento de las complicaciones urinarias de la radiocirugía del) 302

Cáncer del pulmón (Etiología del) ... 136
Cáncer (Aspectos patogénicos y clínicos del) 451
Cáncer de la boca (La cirugía radical del) 446
Cáncer cervical uterino (Colpocitoquímica del) 443
Candidiasis o moniliasis vulvo-vaginal *271 381
Carcinoide funcionante (El síndrome de) 216
Carcinoma pulmonar atípico *174
Cardíaca congestiva (La prednisona en la insuficiencia) 445
Cardiofrénico anterior (Patología del ángulo) 372
Carotídea (Recuperación completa en un caso de trombosis) 145
Casal (Vida y obra de Gaspar) 201
Cavum del lactante (Patología del) ... 375
Celioscopia y embarazo extra-uterino . 303
Cerebral (Valoración métrica de exocráneo humano en la estereotaxis) ... 213
Cervicitis como factor de infertilidad (La) 300
Cesárea abdominal en el noveno embarazo 370
Cesárea anterior (Rotura silenciosa de útero en) 380
Cesárea en el Philippine General Hospital (La operación) 303
Cervicitis ulcerosas (Etiopatogenia de las exo-) 306
Chimie biologique (Prècis de) 439
Chirurgicale illustrée (Nouvelle pratique) 364
Chirurgie bilio-pancreatique (Le risque operatoire en) 208
Ciego (L'enfant aveugle) (El niño) ... 131
Cirugía (Aplicación de elementos radiactivos en) 143
Cirugía plástica (El uso de la hemocoagulasa Klobusitzky en) *110
Cirugía del cáncer (Preocupaciones actuales en) *1
Cirugía radical del cáncer de la boca (La) 446
Cirugía del médico general 440
Cirujanos (El siglo de los) 126
Cirrosis hepáticas (La electroforesis en papel de las proteínas séricas en las) 53
Cirrosis hepática anular 133
Clasificación Dedef de antibióticos ... 203
Clínica ginecológica del Hospital Ramos Mejía (Anales de la) 297
Clínica de la isoinmunización 301
Clínica del eclampsismo 305
Clínica del presente (La) 127
Clínica obstétrica 297
Clorotiazida (Resumen farmacológico y terapéutico de la) 214
Clorpromacina sobre la motilidad intestinal (Acción de la) 132
Coagulación sanguínea y embarazo ... 294
Coagulación (Hemorragias por defecto de) 307
Coagulación (Influencia de los glucósidos cardiotónicos sobre la) 219
Colágeno (La enfermedad del) 132
Colágeno in oto-rino-laringologia (Le malattie del) 365
Colecistocinina en el sondaje biliar y colecistografía (La) 54
Colitis ulcerosa grave (Tratamiento local de la) *332
Coloquio Internacional sobre el Ruido 139
Colpocitoquímica del cáncer cervical uterino 443
Complejos de «El Bosco» (Los) *321
Complicaciones urinarias de la radiocirugía del cáncer del cuello uterino (Tratamiento de las) 302
Conducta a seguir en las presentaciones de nalgas (Pronóstico y) 309
Conducta postencefálicos y reserpina (Trastornos de) 215
Congreso de la Unión Profesional Internacional de Ginecólogos y Obstetras (U. P. I. G. O.) (El IV) 317
Congreso Hispano-Luso de Obstetricia y Ginecología (El VII) 311
Congreso Médico Nacional de la Cruz Roja Española (El I) 58
Convulsiones de los niños (El Ro 1.8294 en las) 448
Corazón senil (El) 202
Corioepitelioma (Corioadenoma «destruens» como variedad benigna del) 302
Credenciales médicas (La importancia de las) *156
Cultivo del arroz (Higiene del) ... *434
Cutáneos (Tratamiento de los angiomas) 373

D

Decidua en el aborto (El estudio histológico e histoquímico en la) 298
Delirio sensitivo paranoide 363
Deontológico profesional (Sentido) . *385
Depresión endógena (Tratamiento de la) 444
Descamación menstrual del endometrio (La duración de la) 298
Desprendimiento de la retina 203
Dermatomicosis por levaduras *10
Dérmicos (Injertos) 142
Diabetes e infertilidad 298
Diabetes (Correlación gluco-lípida en la) 445
Diagnóstico de las leucemias mieloides en latencia (El método de peroxidasas en el) *407
Diagnostic des maladies du sang ... 49
Diagnóstico (La hernia del mediastino como signo de) 57

Diagnóstico de la determinación de las transaminasas séricas 371
Diagnóstico de la rectocolitis úlcero-hemorrágica (La radiología en el) ... 372
Diagnóstico específico de la hepatitis vírica 367
Diarrea y enteritis en el niño menor de dos años 222
Diarreas bacterianas enterales (La terapéutica de las) 56
Diccionario español de Especialidades farmacéuticas (Dedef) 439
Diencéfalo-hipofisario (Las pruebas de función del sistema) 211
Dientes anteriores (Reimplantación múltiple de) 216
Difteriae, frente a la quimioterapia moderna (Las cepas cubanas de C) ... 222
Digestivo del niño (Acción de los antibióticos sobre las centrobacterias del tubo) 221
Disglucosis 144
Dimetil-Biguadine-Hyprocloride 219
Displasias mamarias (Tratamiento de las) 306
Disritmia mayor lenta 57
Dolor de cabeza, diagnóstico y tratamiento 129
Dolor menstrual (Tratamiento del) ... 382

E

Eclampsismo (Clínica del) 305
Edema angioneurótico de Quimcke familiar 213
Educación Médica (Primer Seminario de) 127
Efortil (Administración simultánea de Largactil y) 214
Electrocardiografía en las pericarditis (La) 446
Electrocardiographie endocavitaire 207
Electroforesis en papel de las proteínas séricas en las cirrosis hepáticas (La) 53
Electroforesis no hemáticas 143
Electroforético en la arterioesclerosis (El lípidograma) 373
Electrophorese sur papier en Biologie clinique (Pratique d') 208
Embarazo (Anemias graves del) 302
Embarazo (Cesárea abdominal en el noveno) 370
Embarazo (Coagulación sanguínea y) . 294
Embarazo abdominal (Dos casos de) ... 304
Embarazo extrauterino (Celioscopia y) 303
Embolia pulmonar (El factor vascular en la) 202
Encefalitis (Un caso de enfermedad de Behcet con) 52
Encefalitis agudas en el niño 370
ENDOMETRIAL (HISTOQUIMIA DEL ADENOCARCINOMA) *253
Endometrio (La duración de la descamación menstrual del) 298
Endocardio (La fibroelastosis del) ... 368
Enfermedad de Behcet con encefalitis 52
Enfermedad de Hodgkin (Las adenitis mesentéricas de la) 367
Enfermedad del colágeno (La) 132
Enfermedades de los nervios faciales . 375
Enfermedades y muerte del Rey Prudente 52
Enteropatía exudativa (La) 442
Entrenamiento autógeno de Schultz en Medicina psicosomática (El) 141
Especialidades farmacéuticas (Dedef. Diccionario español de) 439
Esplenograma (El) 369
Esquizofrenia (La tartamudez y la) ... 447
ETIOPATOGÉNICA? (¿UNA SISTEMÁTICA) *428
Escolares (Manifestación de los instintos en los) 138
Esplenomegalia congestiva 217
Esquí (Lesiones ligamentosas de la rodilla por trauma de) 55
Esterilidad (Pelvioscopia transvaginal en la) 370
Esterilidad femeninas (Frigidez y) ... 304
Esterilidad masculina (Adquisiciones recientes en el tratamiento de la) ... 305
Estereotaxis cerebral (Valoración métrica del exocráneo humano en la) ... 213
Estreptomicina en el intestino (Actividad de la) 135
Estricturotomía ascendente 144
Etiología del cáncer del pulmón (La) . 136
Etiología de la retroflexión uterina (La) 303
Etiopatogenia de las exocervicitis ulcerosas 306
Eritema leproso 142
Escorbuto latente en ambiente tropical (El) 220
Esperma humano. Contribución al diagnóstico de la fertilidad del varón (El) 295
EUGENESIA O HIGIENE DE LA RAZA *281
Eutrófico en la vejez (La novocaína como factor) 227

F

Factor vascular en la embolia pulmonar (El) 202
FACTOR VITAL (EL APETITO COMO) ... *355
FARINGE (ESTUDIO DE LOS TUMORES MALIGNOS DE) *182
Fasnia (Tenerife) (Geografía médica del término de) 363
Federación Mundial de la Salud Mental (La XII Reunión anual de la) 450
Fenestración, movilización y un nuevo sistema audioquirúrgico 215
Fertilidad (Malformaciones uterinas perturbadoras de la) 299
Fertilidad del varón (El esperma humano. Contribución al diagnóstico de la) 295
Fetal en las apoplejías úteroplacentarias (Pronóstico materno y) 308
Fibroelastosis del endocardio (La) ... 368
Fisiopatología de los pigmentos biliares (Nueva) 55
FISIOPATOLOGÍA DEL FÓSFORO Y FOSFATOS *103
Foliculínicas (Psicosis) 309
Forense (El mejor informe médico-) . 212
Fosa ilíaca derecha y flanco derecho (Problemas clínicos de la) 293
FÓSFORO Y FOSFATOS (ESTUDIO FISIOPATOLÓGICO DEL) *103
Frigidez y esterilidad femeninas 304
Función renal (Influencia de los anticoagulantes indirectos sobre la) ... 216

G

GASPAR CASAL, EL HIPÓCRATES ESPAÑOL DEL SIGLO XVIII (EL SEGUNDO CENTENARIO DEL DOCTOR) *237
Geografía médica del término de Fasnia (Tenerife) 363
Geriatría ginecológica (La) 299
Ginecológica (La geriatría) 299
Ginecológica (Röntgenterapia funcional) 294
Ginecológica del Hospital Ramos Mejía (Anales de la Clínica) 297
Ginecólogos españoles (La III Reunión de) 311
Ginecólogos y Obstetras (El IV Congreso de la Unión Profesional Internacional de) 317
Gluco-lipídica en la diabetes (Correlación) 445
Glucósidos cardiotónicos sobre la coagulación (Influencia de los) 219
Glucocorticoide en traumatología y ortopedia (La medicación hormonal) ... 371
Granuloma eosinófilo 222
Grávido (Heridas del útero) 306
GRUPOS SANGUÍNEOS M Y N EN POBLADORES MESTIZOS DE LIMA *19
Guida Villit 365
Gynecologiques (Mises au point obstetricales et) 50

H

Hallux-valgus (Tratamiento del) 143
Hemangioma cutáneo y su tratamiento (El) 220
Hematologie clinique 51
HEMOCOAGULASA KLOBUSITZKY EN CIRUGÍA PLÁSTICA (EL USO DE LA) *110
Hemorragia intraperitoneal postlegrado consecutivo a mola hidatídica 307

HEMORRAGIAS FATALES EN EL PARTO *241 380
Hemorragias por defecto de coagulación 307
Hemorragias por hipertensión portal (Tratamiento de las) 144
Heparina perlingual (Ateroesclerosis y) 219
Hepática anular (Cirrosis) 133
Hepática (Regeneración) 218
Hepáticas por punción (Biopsias) 144
Hepatitis aguda por virus 211
Hepatitis vírica (Diagnóstico específico de la) 367
HEPATOPATÍAS (LIPASEMIA EN) *413
Heridas del útero grávido 306
Hernia del mediastino como signo de diagnóstico (La) 57
Hidatídica (Hemorragia intraperitoneal consecutiva a legrado por mola) ... 307
Hidatídico abdómino-pelviano (Quiste) 299
Hidrocarburos (Intoxicación por) 448
HIGIENE DE LA RAZA (EUGENESIA O) ... *281
Higiene mental (Armonía biológica e) 374
HIGIENE DEL CULTIVO DEL ARROZ *434
Hipofisario (Las pruebas de función del sistema diencéfalo-) 211
Hipertensión arterial (Las pruebas fármaco-dinámicas en la) 446
Hipertensión portal (Tratamiento de las hemorragias por) 144
Hipertensos (Ensayos con pentolinios en) 142
Hipertricosis: su tratamiento 374
Histología e histoquimia de la decidua en el aborto (La) 298
HISTOQUIMIA DEL ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL *253
HOMBRE EN LA MEDICINA MODERNA (LA IDEA DEL) *455
Homenaje al doctor Fernández Ruiz en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Castilla 451
Homeopatique (Les tuberculiniques et leur traitement) 205
Hormonal glucocorticoide en traumatología y ortopedia (La medicación) 371
Hospital de San Lázaro (Casos de tétanos tratados en el) 218
Hospital Ramos Mejía (Anales de la Clínica Ginecológica del) 297

I

ICONOGRAFÍA DE LOS SANTOS MÁRTIRES COSME Y DAMIÁN, PATRONOS DE LA CLASE MÉDICO-FARMACÉUTICA *64
Incunable de Mateo Moreto (Presentación de un) 134
Inducción selectiva del parto 300
Infarto de miocardio (Estudio de hombres vueltos al trabajo cinco años después de un) 219

Infarto de miocardio (Valoración diagnóstica y pronóstica del) 218
Infecciones (Resistencia natural a las) 135
Infertilidad (La cervicitis como factor de) 300
Infertilidad (Diabetes e) 298
Informe médico-forense (El) 212
Injertos dérmicos 142
INQUISICIÓN EN LA MEDICINA DEL SIGLO XVI (LA) *146
INSEMINACIÓN ARTIFICIAL HETERÓLOGA . *260
Insuficiencia cardíaca congestiva (La prednisona) 445
Intestinal (Acción de la clorpromacina sobre la motilidad) 132
Intestinal (Un caso de poliposis) 141
Intestino (Actividad de la estreptomicina en el) 135
Instintos en los escolares (Manifestación de los) 138
Intoxicación por hidrocarburos 448
Isoinmunización (Clínica de la) 301

J

Jornadas Médicas Aragonesas (Actas de las III) 363
Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Ortopedia y Traumatología (Las V) 225

K

Kanamicina en la morfología del bacilo tuberculoso (Acción de la) 137

L

Laboratoire (Pratique du) 129
Lactante (Patología del cavum del) ... 375
Largactil y efortil (Administración simultánea de) 214
Leproso (Eritema) 142
Lesiones y motivo de producción 212
Leucemia mieloide eosinófila con síndrome de Stevens Johnson 217
LEUCEMIAS MIELOIDES EN LATENCIA (EL MÉTODO DE PEROXIDASAS EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS) *407
LEVADURAS (DERMATOMICOSIS POR) *10
Linfogranulomatosis maligna (Las adenitis mesentéricas de la) 367
LIPASEMIA EN HEPATOPATÍAS *413
Lípidograma electroforético en la arterioesclerosis (El) 373
Lipoides y lipoproteínas en el suero (Relaciones de los) 134
Líquido céfalorraquídeo (Estudio de la onda pulsátil del) 447
Literatura y Psiquiatría de profundidad 137
Lucha antituberculosa en Asia (La) ... 224

M

Main (Les plaies de la) 364
Maladies du sang (Diagnostic des) ... 49
Malformaciones uterinas perturbadoras de la fertilidad 299
Malattie dei colageno en otorrino-laringologia (Le) 365
Mama (Tratamiento por thio-tepa de las recidivas del cáncer de la) 56
Mamarias (Tratamiento de las displasias) 306
Materna (Mortalidad) 307
Materno y fetal en las apoplejías úteroplacentarias (Pronóstico) 308
Mediastino como signo de diagnóstico (La hernia del) 57
Médica (Personalización) 377
MEDICINA DEL SIGLO XVI (LA INQUISICIÓN EN LA) *146
Medicina humanística 201
Medicina psicosomática (El entrenamiento autógeno en) 141
MEDICINA MODERNA (LA IDEA DEL HOMBRE EN LA) *455
Medicación hormonal glucocorticoide en traumatología y ortopedia (La) 371
Medicación por vía rectal 368
MÉDICAS (LA IMPORTANCIA DE LAS CREDENCIALES) *156
Médico (Significado del arte y saber del) 377
Médico general (Cirugía del) 440
Membrana hialina de los pulmones de los recién nacidos (La) 310
Menopausia (Trastornos vasculares de la) 369
Meningitis tuberculosa (Secuelas ópticas en la) 215
Menstrual (Tratamiento del dolor) 382
Mental (Armonía biológica e higiene) 374
Mesentéricas de la enfermedad de Hodgkin (Las adenitis) 367
MESTIZOS DE LIMA (GRUPOS SANGUÍNEOS M Y N EN LOS) *19
Metástasis neoplásicas pleuropulmonares fugaces 223
MÉTODO DE PEROXIDASAS EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS LEUCEMIAS MIELOIDES EN LATENCIA (EL) *407
Mieloma (Neumonía recurrente en un) 445
Miocardio (Estudio de hombres vueltos al trabajo cinco años después de un infarto de) 219
Miocardio (Valoración diagnóstica y pronóstica del infarto de) 218
Mola hidatídica (Hemorragia intraperitoneal postlegrado consecutivo a) . 307
MONILIASIS VULVOVAGINAL (CANDIDIASIS O) *271 381
MONOCULAR DE LA PROFUNDIDAD (LA PERCEPCIÓN) *401

Mortalidad materna 307
Motilidad intestinal Acción de la clorpromacina sobre la) 132
Myocardites aigués de l'enfant et les virus coxsackie (Les) 207

N

Nalgas (Pronóstico y conducta a seguir en las presentaciones de) 309
Nefropatías crónicas (Electroforesis y permeabilidad renal en las) 367
Neoplásicas pleuropulmonares fugaces (Metástasis) 223
Nervios faciales (Enfermedades de los) 375
Neumonía recurrente múltiple en un mieloma 445
Neuroangiología (La tensión retiniana en) 226
Niño (Encefalitis agudas en el) 370
Niño (Acción de los antibióticos sobre las enterobacterias del tubo digestivo del) 221
Niño ciego (L'enfant aveugle) (El) ... 131
Niño menor de dos años (Diarrea y enteritis en el) 222
Niños (El Ro 1.8294 en los trastornos convulsivos de los) 449
Niño (Tratamiento precoz de las bronquitis del) 444
Neoplasias (Terapéutica médica de las) 438
Nourrison normal (Physiologie de la vision chez le premature et le) 365
Nouveau-nè (Le) 439
Novocaína como factor eutrófico en la vejez (La) 227

O

Obesité (L') 209
OBRA QUIRÚRGICA DE DIEGO VELASCO Y FRANCISCO VILLAVERDE (LA) *228
Obstetricia por vía vaginal (Concepto actual de la) 383
Obstetricia y Ginecología (El VII Congreso Hispano-Luso de) 311
Obstétrica (Clínica) 297
Obstetricales et gynecologiques (Mises au point) 50
Octanol sobre la fórmula proteica (Influencia del) 226
Oftalmodinamometría (Nuevos conceptos en) 226
Onda pulsátil del líquido céfalorraquídeo (Estudio de la) 447
Ophtalmologie (Actualités latines d') . 130
Opticas en la meningitis tuberculosa (Secuelas) 215
Ortopedia (La medicación hormonal glucocorticoide en traumatología y) ... 371
Osteoesclerosis neumopática 143
Otorrinolaringología (La anestesia general en) 227
Otorrinolaringologia (Le malattie dei colageno in) 365
Oto-rhino-laryngologie 130
Ovario (Los tumores tiroideos del) ... 55
Ovarios poliquísticos y virilización ... 300
Oxígenoterapia intragástrica 446

P

Patología del ángulo cardiofrénico anterior 372
Patología del cavum del lactante 375
Paranoide (Delirio sensitivo) 363
PARTO (HEMORRAGIAS FATALES EN EL) *241 380
Parto (Inducción selectiva del) 300
Pediatría (Inauguración del curso de la Sociedad Valenciana de) 454
Pelvioscopia transvaginal en la esterilidad) 370
Penicilina (Tratamiento de la alergia a la) 217
Pentolinios en hipertensos (Ensayos con) 142
Pericarditis (El trazado electrocardiográfico en las) 446
Permeabilidad renal en las nefropatías crónicas (Electroforesis y) 367
PEROXIDASAS AL DIAGNÓSTICO DE LAS LEUCEMIAS MIELOIDES EN LATENCIA (CONTRIBUCIÓN DEL MÉTODO DE) *407
Pharmacodinamie (Prècis de) 440
Physiologie de la vision chez le premature et le nourrison normal 365
Pigmentos biliares (Fisiopatología de los) 55
PIQUER (NUEVOS PAPELES DEL DOCTOR ANDRÉS) *434
Placenta acreta; estudio anatomopatológico 308
Placentarias (Pronóstico materno y fetal en las apoplejías útero-) 308
Plaies de la main (Les) 364
Plasma (El riñón en la regulación hidroelectrolítica del) 132
PLÁSTICA (EL USO DE LA HEMOCOAGULASA KLOBUSITZKY EN CIRUGÍA) *110
PLEURESÍA (TRATAMIENTO DE LA) *197
Pneumotórax espontáneo en un asmático 223
Pneumotórax en tisiología? (¿Se debe creer todavía en el) 223
POLIOMIELITIS (SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ Y) *34
Poliposis intestinal 141
Portio (Bases del tratamiento del cáncer de la) 379
Pratique chirurgicale illustrée (Nouvelle) 364
Pratique medicamenteuse 440
Pratique du laboratoire 129
Prednisona en la insuficiencia cardíaca congestiva (La) 445
Premature (Physiologie de la vision chez le) 365

Presentaciones de nalgas (Pronóstico y conducta a seguir en las) 309
Procidencia de brazo (El signo de Barcala en la situación transversal con) 301
PROFESIONAL (SENTIDO DEONTOLÓGICO) *385
PROFUNDIDAD (LA PERCEPCIÓN MONOCULAR DE LA) *401
Pronóstico materno y fetal en las apoplejías útero-placentarias 308
Pronóstico y conducta a seguir en las presentaciones de nalgas 309
PROPIEDAD (SENTIMIENTOS DE) *115
Proteica (Influencia del octanol sobre la fórmula) 226
Proteínas séricas en las cirrosis hepáticas (La electroforesis en papel de las) 53
Pruebas de función del sistema diencéfalo-hipofisario (Las) 211
Pruebas fármaco-dinámicas en la hipertensión arterial (La) 446
Psicosis foliculínicas 309
Psiquiatría de profundidad (Literatura y) 137
PSÍQUICA DE LAS AMPUTACIONES (PROYECCIÓN) *98
PUERICULTURA PRECONCEPCIONAL *281
Pulmón (La etiología del cáncer del) . 136
Pulmón tuberculoso (La aspiración de Monaldi en el tratamiento de las cavidades del) 57
Pulmonar (El factor vascular en la embolia) 202
PULMONAR ATÍPICO (CARCINOMA) *174
Pulmonar (La fotorradiografía en la tuberculosis) 449
Pulmonaire (L'expertise de la silicose) 204
Pulmonares congénitos (Tratamiento de los quistes aéreos) 57
Pulmones de los recién nacidos (La membrana hialina de los) 310
Punción (Biopsias hepáticas por) 144

Q

Quimioterapia moderna (Las cepas cubanas de C. Diftteriae, frene a la) 222
Quirúrgicos (Tratamiento del shock en pacientes) 136
Quiste hidatídico abdómino-pelviano ... 299
Quistes aéreos pulmonares congénitos; su tratamiento 57

R

Radiactivos en Cirugía (Aplicación de elementos) 143
Radiocirugía del cáncer del cuello uterino (Tratamiento de las complicaciones urinarias de la) 302
Radiología en el diagnóstico de la rectocolitis úlcero-hemorrágica (La) ... 372
RAZA (EUGENESIA O HIGIENE DE LA) ... *281
Reanimation 128
Recién nacidos (La membrana hialina de los pulmones de los) 310
Recién nacido (Le neuveau-nè) (El) 439
Recidivas del cáncer de la mama (Tratamiento por thio-tepa de las) 56
Rectal (Medicación por vía) 368
Rectocolitis úlcero-hemorrágica (La radiología en el diagnóstico de la) ... 372
Reimplantación múltiple de dientes anteriores 216
Renal (Valor clínico de la biopsia) ... 136
Renal en las nefropatías crónicas (Electroforesis y permeabilidad) 367
Resección escleral combinada con la diatermia en el desprendimiento de la retina (La) 203
Reserpina (Trastornos de conducta postencefálicos y) 215
Resistencia natural a las infecciones; el sistema del Properdín 135
Retina (La resección escleral combinada con la diatermia en el desprendimiento de la) 203
Retiniana en neuroangiología (La tensión) 226
Retroflexión uterina (Sobre la etiología de la) 303
Reunión de Ginecólogos Españoles (La III) 311
Reunión Internacional de la Sociedad Portuguesa de Obstetricia y Ginecología 317
Reunión de la Federación Mundial de la Salud Mental (La XII) 450
Reunión Nacional de Sanitarios Españoles (Libro de Actas de la V) 438
Rey Prudente: sus enfermedades y muerte (El) 52
Rinocirugía integral 374
Riñón en la regulación hidroelectrolítica del plasma (Participación del) 132
Risque operatoire en Chirurgie biliopancreatique (Le) 208
Rodilla por trauma de esquí (Lesiones de la) 55
Röntgenterapia funcional ginecológica 294
Röntgenología del aparato digestivo ... 205
Rotura silenciosa de útero en cesárea anterior 389
Ruido (Coloquio Internacional sobre el) 139
RUIDO, ENEMIGO DEL OBRERO (EL) ... *431

S

Salud Mental (XII Reunión anual de la Federación Mundial de la) 450
Sang (Diagnostic des maladies du) ... 49
Sanguínea (Embarazo y coagulación) . 294
Sanidad en China (Situación de la) ... 223

Sanitarios Españoles (V Reunión Nacional de) 438
SANTOS COSME Y DAMIÁN (ICONOGRAFÍA DE LOS) *64
SANTUARIO DE GUARA *465
Seminario de Educación Médica (Primer) 127
Senil (El corazón) 202
Senilidad (Symposium neuropsiquiátrico sobre) 140
SENTIMIENTOS DE PROPIEDAD *115
Séricas (Detterminación de las transaminasas) 371
Serotoninas 53
Sexual humana (Tricomoniasis) 293
Shock en pacientes quirúrgicos (Tratamiento del) 136
Siglo de los Cirujanos (El) 126
Signo de Barcala en la situación transversal con brazo procidente (El) ... 301
Silicose pulmonaire (L'expertise de la) 204
Síndrome de carcinoide funcionante (El) 216
SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ Y POLIOMIELITIS *34
Síndrome de Stevens-Johnson (Leucemia mieloide con) 217
Síndromes quirúrgicos (Grandes) 203
Síndrome de Martorell-Fabré (Obliteración de los troncos supra-aórticos) ... 443
Sintomatología vertiginosa (Problemática de la) 53
Sistema diencéfalo-hipofisario (Las pruebas de función del) 211
SISTEMÁTICA ETIOPATOGÉNICA? (¿UNA) *428
Situación transversal con brazo procidente (El signo de Barcala en la) 301
Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (V Jornadas Nacionales de la) 225
Sociedad Valenciana de Pediatría (Inauguración del curso de la) 454
Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Castilla 451
Sondaje biliar y colecistografía (La colecistocinina en el) 54
Sonoinversión 215
Suero (Relaciones de los lipoides e hipoproteínas en el) 134
Suero en la regeneración hepática (La actividad transaminásica del) 218

T

Talalgias 141
Tartamudez y la esquizofrenia (La) ... 447
Tensión retiniana en neuroangiología (La) 226
Terapéutica de las diarreas bacterianas enterales (La) 56
Terapéutica antiblástica 438
Thérapeutique medicale-clinique 441
Tétanos tratados en el Hospital de San Lázaro (Casos de) 218
Tisiología? (¿Se debe creer todavía en el pneumotórax en) 223
Tofranil (Un nuevo antidepresivo: el) 370
TRATAMIENTO LOCAL DE LA COLITIS ULCEROSA GRAVE *332
Tratamiento del cáncer de la portio (Bases del) 379
Tratamiento del dolor de cabeza 129
Tratamiento del dolor menstrual 382
Tratamiento del hallux-valgus 143
Tratamiento del hemangioma cutáneo 220
Tratamiento del shock en pacientes quirúrgicos 136
Tratamiento de la alergia a la penicilina 217
Tratamiento de la bronquitis capilar ... 133
Tratamiento de la hipertricosis 374
Tratamiento de la esterilidad masculina (Recientes adquisiciones en el) . 305
TRATAMIENTO DE LA PLEURESÍA *197
Tratamiento de las complicaciones urinarias de la radiocirugía del cáncer del cuello uterino 302
Tratamiento de las displasias mamarias (Pronóstico y) 306
Tratamiento de las hemorragias por hipertensión portal 144
Tratamiento de las cavidades tuberculosas del pulmón (La aspiración de Monaldi en el) 57
Tratamiento de los quistes aéreos pulmonares congénitos 57
Tratamiento médico del cáncer 128
Tratamiento por thio-tepa de las recidivas del cáncer de la mama 56
Tratamiento de la depresión endógena 444
Tratamiento precoz de las bronquitis del niño 444
Tratamiento de la anquilosis témporo-mandibular 443
Trauma de esquí (Lesiones de la rodilla por) 55
Traumatología y Ortopedia (La medicación hormonal glucocorticoide en) ... 371
Transaminasas séricas (Determinación de las) 371
Tricomonasis sexual humana 293
Trombosis carotídea (Recuperación completa en un caso de) 145
Tuberculosa (Secuelas ópticas en la meningitis) 215
Tuberculosis genital femenina (Exploración de la) 443
Tuberculoso (Acción de la Kanamicina en el bacilo) 137
Tuberculiniques et leur traitement homeopathique (Les) 205

TUMORES MALIGNOS DE FARINGE (LOS) . *182
Tumores tiroideos del ovario (Los) ... 55

U

ULCEROSA GRAVE O POLICAUSAL (TRATAMIENTO LOCAL DE LA COLITIS) *332
Ulcerosas (Etiopatogenia de las exocervicitis) 306
Ulcero-hemorrágica (La radiología en el diagnóstico de la rectocolitis) ... 372
Uterina (Sobre la etiología de la retroflexión) 303
Uterinas y fertilidad (Malformaciones) 299
Uterino (Tratamiento de las complicaciones de la radiocirugía del cáncer del cuello) 302
Uterino (Colpocitoquímica del cáncer cervical) 443
Utero (Rotura silenciosa de) 380
Utero grávido (Heridas del) 306
Utero-placentarias (Pronóstico materno y fetal en las aloplejías) 308

V

Vaginal (Concepto actual de la obstetricia por vía) 383
Varón (Diagnóstico de la fertilidad del) 295
Vasculares de la menopausia (Trastornos) 369
Vejez (La novocaína como factor eutrófico en la) 227
VELASCO Y VILLAVERDE (LA OBRA QUIRÚRGICA DE) *228
Vertiginosa (La sintomatología) 53
Vía rectal (Medicación por) 368
Vida y obra de Gaspar Casal 201
Vírica (Diagnóstico de la hepatitis) ... 367
Virilización (Ovarios poliquísticos y) . 300
Virus (Hepatitis aguda por) 211
Virus coxsackie (Les myocardites aigués de l'enfant et les) 207
Vision chez le premature et le nourrisson normal (Physiologie de la) ... 365
Vitamines (Les) 210
VULVOVAGINAL (CANDIDIASIS O MONILIASIS) *271 381



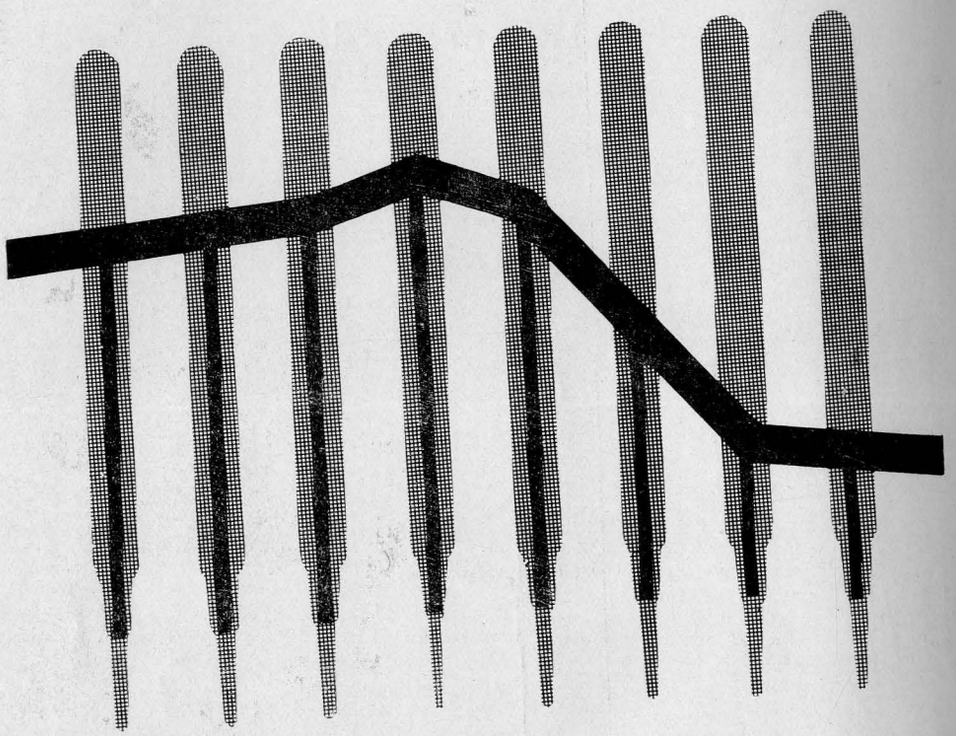
CLINICA Y LABORATORIO

SALUDA

A SUS COLABORADORES, SUSCRIPTORES Y ANUNCIANTES, A QUIENES DESEA FELICES NAVIDADES Y AÑO NUEVO

Elkosina®

Sulfanilamidodimetilpirimidina



Acción polivalente contra el
colibacilo, estafilococo, neumococo,
estreptococo, gonococo, meningococo

Comprimidos° Ampollas• Jarabe

• Incluido en el Petitorio del SOE

CIBA

C. S. N.º .....

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MEDICA LOCAL

BRILLANTE CONFERENCIA DEL DR. PARACHE, EN LA CLAUSURA DE LA SOCIEDAD GINECOLÓGICA

Esta Sociedad Ginecológica celebró su sesión de clausura del curso actual el martes día 23 de junio. en el salón del Colegio de Médicos. Presidió el acto el doctor don Ricardo Horno Liria, acompañado del vicepresidente, doctor Giménez González.

El doctor Horno hizo la presentación del conferenciante, profesor don Enrique Parache Guillén, director médico de la Maternidad



Provincial de Madrid y figura preeminente de la Ginecología española en su ya larga actuación en la clínica tocoginecológica. Resaltó en su presentación el doctor Horno la gran personalidad científica y sus altos valores humanos, que llevó a esta Sociedad aragonesa a traer, para cerrar el curso, al doctor Parache.

Después de unas palabras de agradecimiento por la invitación a ser él quien pronunciara la conferencia final, el profesor Parache desarrolló el tema «Concepto actual de la obstetricia por vía vaginal». En el curso de su brillante disertación pasó revista a la operatoria obstétrica vaginal, comenzando con las fetotomías, prácticamente desaparecidas debido a la mayor importancia que la vida fetal debe tener, unido a la mejor asistencia al parto hoy realizada. Hizo mención de la menor frecuencia de la versión interna, que queda prácticamente reducida a la extracción de un segundo gemelo o en oblicuidades o transversas en condiciones muy favorables. Trató de las operaciones ampliadoras de partes blandas (perineotomías); han aumentado su frecuencia por su benignidad y utilidad. Después de una alusión a la provocación del parto, que debe quedar reducida a la gestación prolongada y a algunos casos de eritroblastosis fetal, pasó a tratar del fórceps, insistiendo en el modelo y técnica de Kielland, por presentar, a su juicio personal y práctico, las máximas ventajas en cuanto a mejor presa, mayor facilidad de rotación del parto para conseguir que las intervenciones enumeradas vean reducida su aplicación a cifras límites.

Al término de su discurso, el profesor Parache fue muy aplaudido por la numerosa concurrencia médica que asistió al acto.

LA FIESTA DE NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO

Con la solemnidad acostumbrada, se celebraron el día 27 del pasado los actos organizados por el Colegio de Médicos en honor a su celestial Patrona Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Hubo una misa solemne en la iglesia de Santa Catalina, oficiada por el vicario general, canónigo de la S. I. M., en la que predicó don Fernando Pérez Aysa, vicesecretario de cámara del Arzobispado, rezándose finalmente un responso por los médicos fallecidos desde la fiesta anterior.

El acto se vio muy concurrido por médicos, autoridades y familiares. La Junta obsequió después a los invitados con un lunch en el restaurante «La Vital».

CONFERENCIA DEL PROFESOR LÓPEZ BELÍO

Se ha celebrado una conferencia del doctor don Mariano López Belío, profesor agregado de Cirugía y jefe de Investigación Cardiovascular de la Universidad de Illinois (Chicago), en el aula de Clínica de la Facultad de Medicina y ante una gran concurrencia, en la que figuraba el Claustro de la Facultad de Medicina, la casi totalidad de los car-

diólogos zaragozanos y un gran número de médicos de otras especialidades.

Hizo la presentación del conferenciante el ilustrísimo señor decano de la Facultad de Medicina, doctor don Fernando Civeira, que le dedicó frases de afecto y bienvenida al que es, destacó, antiguo alumno de esta institución.

A continuación, el doctor López Belío expuso con detalle el tipo de aparato de oxigenación y circulación extracorpórea, que ellos emplean y que ha sido desarrollada y concebido por el conferenciante y que tiene como finalidad reemplazar al pulmón y al corazón durante el acto quirúrgico, permitiendo a los cirujanos visualizar el interior de la víscera cardíaca sin sangre y reparar así en las mejores condiciones las lesiones de la misma.

Seguidamente expuso el orador los últimos avances quirúrgicos en el tratamiento de las lesiones valvulares cardíacas de origen reumático, resultando la exposición de extraordinario interés.

La conferencia fue ilustrada con numerosas diapositivas y dos películas en color.

CURSOS

CICLO DE LECCIONES SOBRE BALISTOCARDIOGRAFÍA

Organizadas por el Director del Servicio de Cardiología del Hospital Municipal de Nuestra Señora de la Esperanza, de Barcelona, doctor M. Martínez-González, y con la colaboración de los doctores Trujols Queraltó, Cambra Mercader, Alcántara López, Amat Vilá, Fernández Lorenzo, Ballester Nolla, Romero Jimeno, Batalla Batalla y Gistau Marcos, se desarrollará, durante los días 15 al 20 de junio, un ciclo de seis lecciones sobre «Elementos de balistocardiografía».

CURSO INTERNACIONAL DE UROLOGÍA

Se celebrará en Barcelona, del 26 al 31 de octubre próximo, bajo la dirección del doctor José María Gil-Vernet, profesor de la Clínica Universitario y Escuela Profesional de Urología de la Facultad de Medicina de Barcelona. Versará sobre los temas «Cirugía urológica en la infancia» y «Ultimos avances en urología», con la colaboración extraordinaria de los profesores E. Mingazzini, de Roma; W. Gregoir, de Bruselas; P. Aboulker, de París, y S. Gil Vernet, R. Arandes, A. Ley, E. Gil Vernet y J. Planas Guasch, de Barcelona, y la colaboración de los médicos de la Escuela de Urología.

Las sesiones operatorias tendrán lugar en el quirófano de la Clínica de Patología Quirúrgica I, del profesor Arandes. Cada mañana, de las 13 a las 14 horas, terminada la sesión operatorio, tendrán lugar sesiones clínicas con presentación, revisión y comentarios de los enfermos operados en cursos anteriores, y coloquios sobre temas de actualidad, en los que podrán intervenir todos los asistentes.

Durante el curso se proyectarán numerosos films.

Las conferencias tendrán lugar en el paraninfo de la Facultad de Medicina, a las 18 horas.

El ipmorte de la matrícula para el curso será de 2.000 pesetas.

A los señores cursillistas les será entregado un diploma.

Para mayor información, dirigirse al secretario del curso, doctor Pérez-Trujillo, Escuela Profesional de Urología (Facultad de Medicina), calle de Casanova, 143, Barcelona (España).

PREMIOS

CONCURSO DE TRABAJOS OFTALMOLÓGICOS EN EL «INSTITUTO BARRAQUER»

En el presente año se abre un nuevo concurso de trabajos científicos sobre temas oftalmológicos, concediendo tres premios: el primero, de 5.000 pesetas; el segundo, de 3.000, y el tercero, de 1.000, y varios accésits de 500 pesetas.

Normas y condiciones:

1.ª Pueden optar a dichos premios todos los médicos españoles y extranjeros.

2.ª El plazo de admisión de artículos termina el 31 de diciembre del corriente año.

3.ª Los trabajos pueden ser redactados en el idioma propio del autor, debiendo llevar un resumen en francés o inglés suficientemente extenso (unas 500 palabras), para que permita a los lectores de habla diferente haceres cargo del contenido del trabajo.

4.ª Los originales deben ir escritos en cuartillas, a máquina, a doble espacio y en una sola cara, ostentando cada cuartilla, en la parte superior derecha, el número de orden, y en la parte superior izquierda, el lema, de una sola palabra, con el que se distinguirá el trabajo.

Dichos trabajos pueden ir acompañados de ilustraciones, que deben fijarse, cada una, en una cartulina del mismo tamaño que las cuartillas, con el lema y número correspondiente.

5.ª Acompañando el trabajo se incluirá un sobre pequeño, cerrado y lacrado, ostentando el lema y conteniendo la tarjeta con el nombre, apellidos y señas del autor.

6.ª El Tribunal calificador estará compuesto por la Junta rectora, asesorada por la de Publicaciones, siendo su fallo inapelable.

El resultado del concurso se comunicará a los agraciados después del 31 de enero del siguiente año.

Los premios estarán a disposición de los respectivos agraciados inmediatamente después de emitido el fallo.

Los trabajos premiados serán publicados en «Anales del Instituto Barraquer», quedando los originales premiados propiedad del Instituto.

7.ª Los no premiados serán destruídos una vez finalizado el primer trimestre del siguiente año, o devueltos, si así lo solicitan los autores mediante carta autorizando a abrir el sobre lacrado para conocer su dirección.

VIDA MEDICA NACIONAL

EL DR. LAÍN ENTRALGO, PREMIO DE LA FUNDACIÓN «MARCH»

La ayuda de investigación correspondiente al Grupo IV, Ciencias Médicas, instituída por el Consejo del Patronato de la Fundación «Juan March» para este año, ha sido otorgada a don Pedro Laín Entralgo, catedrático de Historia de la Medicina en la Universidad de Madrid.

Don Pedro Laín Entralgo es un aragonés ilustre, que desde su cátedra de la Universidad madrileña ha dejado bien patente su calidad científica y docente. La ayuda de 500.000 pesetas, otorgada por la Fundación «March», es el justo premio a una vida de



trabajo y honradez profesional y un estímulo para el trabajo que deberá realizar el doctor Laín Entralgo sobre el tema «Historia y teoría de la relación entre el médico y el enfermo».

La actualidad y la importancia del tema no necesitan ser subrayadas. El problema antropológico y sociológico de la relación con el «otro» es uno de los que con más fuerza y permanencia incitan la mente de los pensadores de nuestro siglo, desde Husserl y Scheler hasta hoy.

El profesor Laín Entralgo se propone dar cima a su trabajo mediante una doble investigación: histórica y teórica, promovida y ayudada por el conocimiento del pasado, la investigación teorética que el tema supone, aspira al logro de un saber científico acerca de la relación entre hombre y hombre y entre médico y enfermo, más íntegro y cabal que el que hasta ahora ofrece la amplia literatura consagrada a entrambas cuestiones.

Estamos seguros de que el eminente doctor aragonés coronará felizmente su trabajo, que será una muestra más de su valía profesional y capacidad científica. Desde estas líneas, nuestra enhorabuena más cordial por el galardón conseguido.

EL PROF. JEAN CHAPTAL CLUSURA EL CURSO EN LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE VALENCIA

El día 11 de junio celebró la Sociedad de Pediatría de Valencia la solemne sesión de clausura del curso 1958-59, llenándose totalmente el salón de actos del Colegio Médico, donde ésta tuvo lugar.

El director general de Sanidad, doctor García Orcoyen, que había de presidir el acto, hubo de quedar en Madrid por ineludibles deberes de su cargo, presidiendo el doctor Bosch Marín, presidente de la Asociación de Pediatras Españoles. Ocuparon sitios preferentes en el estrado el presidente del Colegio de Médicos, doctor Martí Matéu; el de la Sociedad Valenciana de Pediatría, doctor José Selfa; jefes provinciales de Sanidad de Valencia y Castellón; representantes de los puericultores de Castellón y Alicante y los doctores Giménez González y Boix Barrios, vicepresidentes de la Sociedad y del Colegio Médico, respectivamente.

Estaba encargado del discurso de clausura el profesor Jean Chaptal, de Montpellier, presidente del XVII Congreso de la Asociación de Pediatras de Lengua Francesa, el cual desarrolló con gran competencia y claridad el tema «L'hemiplegie de cause vasculaire du nourrisson et de l'enfant».

Hizo la presentación del conferenciante el presidente de la Sociedad Valenciana, doctor Selfa, con palabras de gran afecto, destacando la personalidad del doctor Chaptal y los lazos históricos y espirituales que ligan a Valencia con Montpellier, cuna del Rey Conquistador Jaime I.

El doctor Martí Matéu dio las gracias al doctor Chaptal en nombre de la clase médica valenciana, destacando la intensa y meritísima labor llevada a cabo por la Sociedad Valenciana de Pediatría durante el curso que terminaba, por la que se colocaba a la cabeza de todas las secciones que integran el Instituto Médico Valenciano, felicitando cordialmente a su presidente, doctor Selfa.

Cerró el acto el doctor Bosch Marín, dirigiéndose en su propia lengua al doctor Chaptal para agradecer su valiosa colaboración y felicitar a la Sociedad Valenciana de Pediatría, que tan ambicioso programa de actividades ha desarrollado, significando a la vez el alto peso específico que los pediatras españoles tienen en la Asociación Internacional de Pediatría, a juicio de su propio presidente, doctor Fanconi.

Dedicó un cariñoso recuerdo al doctor Vidal Jordana, recientemente fallecido, procediendo finalmente al reparto de los títulos de socio de número de la Asociación de Pediatras Españoles.

Un memorable acto de clausura, como cierre de actividades de la Sociedad Valenciana de Pediatría, en su primera etapa.

EL DR. PUIGVERT, CONDECORADO

El ministro de Economía Nacional, señor Gual Villalbí, ha presidido, en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, la solemne ceremonia de imposición de las insignias de la Gran Cruz del Mérito Civil al eminente urólogo doctor don Antonio Puigvert, al que S. E. el Jefe del Estado ha premiado la intensa labor que viene realizando en el expresado centro hospitalario.

Al acto asistieron un representante del capitán general; los gobernadores civil y militar; teniente de alcalde, en representación del señor Pórcioles; el arzobispo obispo de la diócesis; presidente de la Diputación Provincial y otras personalidades y jerarquías, así como diversas representaciones.

Durante el acto pronunció un elocuente discurso el prior de San Jorge, doctor Roquer.

Seguidamente, el señor Gual Villalbí impuso las insignias al doctor Puigvert, en medio de grandes aplausos. El galardonado expresó en breves palabras su emocionada gratitud.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANGIOLOGÍA

El Ministerio de la Gobernación ha aprobado recientemente la constitución de la «Sociedad Española de Angiología», sociedad que tiene por objeto el estudio de las enfermedades vasculares en su aspecto médico y quirúrgico.

Cúmplese así el deseo de la mayoría de angiólogos: poseer un lazo de unión que represente la continuidad oficial de la Asociación de Angiólogos Españoles, cuya labor se ha puesto de manifiesto a través de las sucesivas Jornadas Angiológicas celebradas en Valencia, Bilbao, Córdoba, Santiago de Compostela y Palma de Mallorca. En estas Jornadas se desarrollan y se estudian temas de la especialidad, y son fuente de estímulo y orientación para el especialista joven.

La revista «Angiología» publicará las actividades de la Sociedad, y los artículos originales de sus miembros también podrán ser publicados.

La Comisión organizadora de la Sociedad Española de Angiología ha nombrado la siguiente Junta Directiva, renovable cada dos años:

Presidente, doctor Fernando Martorell (Barcelona); vicepresidentes: doctores Francisco Gutiérrez-Vallejo (Córdoba) y José María Zaldúa (Bilbao); vocales: doctores Angel Bohórques (Sevilla), Oscar López F. Boado (Lugo), Vicente Pallarés (Valencia); tesorero: doctor Alberto Martorell (Barcelona); secretario: doctor Tomás Alonso (Barcelona).

Tanto los angiólogos como aquellos médicos que sientan especial interés por los problemas de la patología vascular y deseen ser miembros de esta Sociedad, pueden solicitarlo al secretario de la misma, doctor Tomás Alonso, Departamento de Angiología del Instituto Policlínico, Platón, 21, Barcelona.

UN DONATIVO DE LA FUNDACIÓN «MARCH»

Dos millones de pesetas han sido entregados por la Fundación «March» al Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, destinados al pago de la bomba de cobalto que, gracias a la citada Fundación, dispone aquel centro asistencial.

SEPARACIÓN DE GEMELOS SIAMESES

Una vez más, los cirujanos británicos han conseguido separar a dos hermanos gemelos de los llamados «siameses», que nacieron unidos. Hace cinco años, el profesor Ian Aird hizo historia al separar a dos gemelos nigerianos en un hospital de Londres, y otra pareja fué separada algún tiempo después en Holanda.

De cada una de estas operaciones se tomaron y conservan hasta los más mínimos datos, con el fin de que las siguientes intervenciones de esta clase puedan beneficiarse de la experiencia adquirida. Hoy es ampliamente conocida la técnica de injerto de piel, realizada con tanto éxito en Inglaterra. También hoy pueden utilizarse elementos radiactivos, como se hizo por primera vez en el caso de los gemelos nigerianos, para investigar la circulación de la sangre y otras características del organismo.

En el caso de los gemelos ingleses, que nacieron unidos por el sincipucio, se aprovecharon estos conocimientos anteriores en una cuidadosa preparación durante meses. Los niños nacieron hace unos once meses, y desde entonces han estado en el Hospital de San Bartolomé, en Londres, al cuidado del doctor Franklin, distinguido pediatra británico.

Durante su estancia en el hospital se han ido descubriendo muchas peculiaridades de los gemelos. Se sabe que tienen diferentes personalidades; por ejemplo, uno duerme tranquilamente, mientras que el otro llora. Sus temperaturas cambian y no son sincrónicas, así como tampoco su respiración, y existe una ligera diferencia entre la presión arterial de uno y otro; pero lo más importante de todo es que sus cerebros, en cuanto las pruebas pudieron demostrar, estaban separados.

Si estos niños hubiesen tenido en común partes vitales de su anatomía, la operación hubiera sido arriesgadísima y posiblemente hubiese fracasado; pero en este caso la única parte en común se encontraba en la capa externa del cerebro. Esto hacía difícil la separación, por la posibilidad de causar algún daño al cerebro durante la intervención, daño que estos niños padecerían toda la vida, si lograban sobrevivir. Así, pues, los doctores decidieron esperar hasta que los huesos del cráneo se hubieron endurecido suficientemente. Existía también el problema del cierre de la fontanela; éste fué, probablemente, el motivo de que los doctores esperaran hasta que los niños tuvieran aproximadamente el año.

Se sabía que la intervención era muy arriesgada; pero la alternativa, mantener a dos criaturas unidas de manera que ninguna de las dos pudiera jamás andar y ambas tuviesen que permanecer en la cama toda la vida, era imposible. Por ello, a poco de su nacimiento se decidió operarlos, y esto es lo que se ha hecho, con éxito.

El cirujano ha sido el doctor O'Connell, del Hospital de San Bartolomé; pero la intervención se llevó a cabo en un hospital fuera de Londres. Duró cerca de diez horas, y aunque el estado de los niños es delicado y necesitarán cierto cuidado durante algún tiempo, continúan viviendo separados. Si ambos sobreviven se habrá escrito otra brillante página de la historia de la Cirugía.

NECROLOGÍA

EL DR. GARCÍA VICENTE

Ha fallecido en Madrid el doctor don *Saturnino García Vicente*, personalidad destacada dentro de la profesión, en la que alcanzó grandes triunfos. Fue el propugnador de las técnicas de exploración endotraqueal y del llamado «lavado pulmonar», cuya divulgación llevó a cabo, no solamente en toda España, sino ante la Facultad de Medicina de París. Era un hombre de gran bondad, de espíritu noble y filantrópico, que laboró grandemente



por la clase médica al frente de la Secretaría del Consejo General de Colegios Médicos y del Patronato del Colegio de Huérfanos, al que apoyó decididamente.

Escritor pulcro y ameno, con espíritu apasionado, gozaba de grandes simpatías, y últimamente había publicado un interesante libro de recuerdos. A pesar de poseer una situación económica privilegiada, trabajó siempre con interés por los médicos y por mejorar su situación. En estas épocas estaba ya retirado de toda actividad profesional, pero seguía con interés el movimiento cultural y sanitario. Su muerte ha sido muy sentida, por las grandes simpatías que siempre supo despertar.

DR. ANTONIO J. TORRES LÓPEZ

Otro médico destacado, perteneciente a la misma época y que también acaba de desaparecer en Granada, donde ejerció con gran acierto su profesión, es don *Antonio J. Torres López*, director de la revista «Actualidad Médica», que, fundada con su malogrado pariente el doctor Fidel Fernández, ha mantenido con todo tesón y acierto durante más de treinta años.

Era secretario de la Real Academia de Medicina de Granada y persona muy apreciada por su bondad y grandes simpatías. Trabajador y organizador infatigable, sabía transmitir a cuantos le rodeaban sus anhelos y actividad. Ha sido el defensor y más ardiente propagandista de la escuela granadina de Medicina, y a su entereza y tesón se debe el que su revista, por la que sentía gran ilusión, no viese interrumpida su marcha en tan largo período, ni siquiera con motivo de nuestra guerra civil, cuando las circunstancias y dificultades de todo orden paralizaban las actividades culturales.

Para cuantos le han conocido y tratado, su muerte deja un vacío difícilmente reemplazable. CLÍNICA Y LABORATORIO, para la que siempre tuvo constantes atenciones, se une muy sinceramente al sentimiento de los suyos y ruega a sus lectores una oración por su alma.

R. H. L.

CONGRESOS

IV CONGRESO INTERNACIONAL DE PATOLOGIA CLÍNICA

Organizado por la Asociación Nacional de Médicos Especialistas de Análisis Clínicos de España, bajo los auspicios de la Sociedad Internacional de Patología Clínica y con el patronato de S. E. el Jefe del Estado español.

Comité de organización del Congreso: Presidente, doctor Antonio Utrilla Domínguez (Madrid); vicepresidente, doctor Emilio Luengo Arroyo (Madrid); secretario general, doctor José Aparicio Garrido (Madrid); tesorero, doctor José M. de la Lastra (Madrid); contador, doctor Juan Jiménez Jiménez (Madrid).

Secciones: I. *Bacteriología y Serología*, profesores V. Matilla (Madrid), V. Sanchís Bayarri (Valencia) y E. Zapatero (Valladolid). II. *Parasitología, Virología y Micología*, doctores J. M. G. J. de Cisneros (Murcia), E. Luengo Arroyo (Madrid) y F. Pérez Gallardo (Madrid). III. *Hematología*, doctores C. Elósegui (Madrid), M. Miserachs (Barcelona) y J. Rivera Bandrés (Madrid). IV. *Anatomía Patológica*, doctor J. M. Ortiz Picón (Madrid), doctor M. Pérez Lista (Madrid), profesor J. G. Sánchez Lucas (Barcelona) y profesor J. Sanz Ibáñez (Madrid). V. *Bioquímica, Biofísica y Metabolismo*, doctor J. Gras Riera (Barcelona), profesor J. L. Rodríguez Candela (Madrid) y doctor F. Segovia (Sevilla). VI. *Análisis médico-legales, toxicológicos y en las enfermedades profesionales*, doctores E. Alfonso Gordó (Valencia), J. Dantín Gallego (Madrid) y M. Pérez de Petinto (Madrid), y profesor R. Royo-Villanova (Madrid).

Este Congreso tendrá lugar en Madrid, durante los días 13 al 17 de junio de 1960.

Podrán tomar parte en él cuantas personas se interesen por los problemas de la Medicina analítica, Biología, Patología y por cualquier rama de la Medicina en relación con el laboratorio. Para ello deberán solicitar sus inscripciones en calidad de congresistas de una de las dos modalidades siguientes:

Congresistas efectivos: Podrán serlo todos los médicos interesados que hagan su inscripción durante el plazo que se señalará oportunamente y abonen la cuota que se establezca. Tendrán derecho a presentar comunicaciones

y a intervenir en las discusiones de cualquier manifestación científica.

Congresistas asociados: Podrán serlo los familiares y acompañantes de los congresistas efectivos que hagan su inscripción simultáneamente a éstos y abonen la cuota que se fije. Tendrán los mismos derechos que aquéllos, pero no podrán intervenir en las discusiones científicas ni presentar trabajos.

Se organizarán actos especiales dedicados a las señoras.

Los actos científicos del Congreso se dividirán en dos grupos: Coloquios y presentación de comunicaciones libres. Los coloquios serán en número de cuatro, con los siguientes temas:

1.º Recientes avances en Inmunohematología.

2.º Los enzimas en el diagnóstico de laboratorio.

3.º El cultivo de tejidos en el diagnóstico bacteriológico, virológico y parasitológico.

4.º Valoración de las hormonas y su aplicación al diagnóstico.

Por sugerencia de la Association of Clinical Pathologists de Inglaterra, recibida después de compuesta la información preliminar, el Comité Organizador del IV Congreso Internacional de Patología Clínica, ha decidido añadir un nuevo tema que será objeto del V Coloquio, con el título de «Diagnóstico diferencial en el enfermo ictérico».

La exposición de estos temas se encomendará a especialistas de varios países. Podrán tomar parte en las discusiones todos los congresistas efectivos que lo deseen.

Las comunicaciones libres podrán ser remitidas por cualquier congresista efectivo y se encuadrarán en una de las siguientes secciones:

1.ª Bacteriología y Serología.
2.ª Parasitología, Virología y Micología.
3.ª Hematología.
4.ª Anatomía patológica.
5.ª Bioquímica, Biofísica y Metabolismo.
VI. Análisis médicolegales, toxicológicos y en las enfermedades profesionales.

Oportunamente se cursarán instrucciones sobre la extensión de estos trabajos y las normas para su presentación.

Se organizará una exposición científica, así como excursiones y otros actos al margen de las reuniones científicas.

Idiomas oficiales: español, inglés y francés.

Viajes: Wagons-Lits-Cook.

IV CONFERENCIA INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN SANITARIA DE LA POBLACIÓN

En la IV Conferencia Internacional de la U. I. E. S. P. E., celebrada en Dusseldorf (Alemania), ha sido elegido por unanimidad consejero del Comité Efectivo, el doctor Bosch Marín, académico y jefe de los Servicios de Sanidad Infantil y Maternal de la Dirección General de Sanidad.

A dicha Conferencia asistiron como delegados de España el doctor Blanco Otero, vicepresidente de la Sociedad Española de Pediatría de Madrid, y don Enrique Bravo y Sánchez del Peral, de la Dirección General de Sanidad, así como los doctores C. González y la señorita Elespuri, de Madrid.

La próxima Conferencia Internacional tendrá lugar en Filadelfia, en el año 1962. El doctor Canaperia fué elegido presidente de la Reunión.

VII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA EN BASILEA

Se convoca para los días 24 al 27 de agosto de 1960, en Basilea (Suiza), bajo los auspicios de la Sociedad Internacional de Medicina Interna, y presidido por el profesor doctor A. Gijon. Ha sido designado secretario general el profesor doctor H. Ludwig.

Los temas oficiales son: 1.º, Regulación enzimática en Clínica, y 2.º, Patogenia y terapéutica de los edemas.

Para informes, dirigirse a la secretaría general, Steinentorstrasse, 13, Basel/Bâle.

II CONGRESO VENEZOLANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Con motivo de cumplirse el vigésimo aniversario de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, se organiza este Congreso, que se celebrará en Caracas del 19 al 24 de febrero de 1960.

Serán temas principales, objeto de ponencias, en Obstetricia: «Anemia en obstetricia», «Inducción al parto», «Mortalidad perinatal» y «Evaluación de las espátulas de Trierry». En Ginecología: «Patología tubaria», «Diagnóstico precoz del cáncer del cuello», «Laparoscopia» y «Ginecografía».

Se celebrarán mesas redondas sobre «Anemias en obstetricia», «Inducción al parto», «Mortalidad perinatal», «Patología tubaria» y «Amenorrea», y habrá conferencias por invitados extranjeros y venezolanos.

Para información, dirigirse al Dr. H. Marcano Guzmán, apartado 7.332 (San Martín), Caracas (Venezuela).

CONSTITUCIÓN DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE MEDICINA CIBERNÉTICA

Se ha constituído una Sociedad Internacional de Medicina Cibernética, con objeto de agrupar a aquellos que se dediquen a aplicaciones de la Cibernética a la Medicina y Biología, y difundir los métodos de investigación basados en el estudio de modelos electrónicos o en el cálculo analógico. De dicha Sociedad pueden formar parte: médicos, biólogos, ingenieros, físicos y matemáticos.

La solicitud de adhesión debe ser enviada a la Secretaría de la Sociedad: Vía Roma, número 348, Nápoles (Italia), desde donde se remitirán a los participantes los estatutos por los que ha de regirse.

LA PERCEPCIÓN EN VIDA DEL GRUPO II

En una de las pasadas asambleas celebrada por el Pleno de nuestra Mutualidad, se aprobó la propuesta de percepción en vida del Grupo I de la Sección al cumplir el mutualista los 70 años de edad, con veinte de cotización. Y se hizo la reforma valientemente, sin excesivas alegrías, aun cuando con el pequeño temor de haber rebasado posibilidades económicas. Restablecido el equilibrio del déficit inicial, producido por el abono del subsidio a cuantos tenían derecho a su percepción por haber cumplido dicha edad, tal temor quedó desvanecido en las liquidaciones siguientes, y el Grupo I entró en seguida en absoluta normalidad, conforme a lo previsto en los cálculos necesarios.

En aquella propuesta se hacía mención también del deseo de ampliar el mismo beneficio a los asociados al Grupo II; pero la inconmovilidad de los números impidió realizar tal anhelo. Muchos mutualistas acuciaban con su pronta resolución, que no parecía fácil hallar. Ahora se estima haber encontrado solución relativa, que ha sido presentada a la última asamblea y aprobada por la misma.

El estudio de las cuotas del Grupo II de la Sección de Vida se había efectuado al modificarse el reglamento, en 1944, sobre cálculos que la realidad se ha encargado de rectificar. El aumento de la longevidad alteró aquéllos. Y ese mismo aumento motiva la posibilidad de una favorable modificación.

Los cálculos que se hicieron obligaban al abono de las cuotas de la Sección de Vida durante toda la existencia, de conformidad con las características fundacionales de la Mutualidad. Beneficio, y no pequeño, fue el liberar de aquella carga en los obligatorios, al cumplirse los 70 años de edad, aun cuando con ello se enlenteciese algo en su marcha ascendente la necesaria formación de reservas. Pero se consideró muy lógico que los asociados se fueran beneficiando de las posibles mejoras, conforme las circunstancias lo permitiesen

Las actuariales deducciones actuales evidencian que el subsidio de Vida del Grupo II puede abonarse al cumplir los asociados los 70 años de edad, siempre que exista un mínimo de cotización y permanencia de treinta y cinco años. El beneficio es evidente para el futuro, en el transcurso del tiempo: pero los actuales mutualistas mayores de 70 años se hallaban eliminados de él. Así como aquellos otros que al cumplir la citada edad no tuviesen efectivos los treinta y cinco años de cotización. Estos tendrían que aguardar a cumplir aquella condición.

A algunos pudiera interesarles la percepción del subsidio, y era preciso tratar de buscar solución para ellos.

Con el cese del abono de las cuotas obligatorias al cumplirse los 70 años, las reservas se incrementan sólo por los intereses que producen las cuotas ya aportadas por el asociado. La rentabilidad actual conjunta de las inversiones se ha estimado en el 4 por ciento anual. En beneficio de aquéllos se ha pensado en entregarles el subsidio capital con la deducción del 4 por ciento por los años que pudieran faltar para la efectividad de los treinta y cinco. Era la única que no perjudicaba al resto de los asociados.

El asociado que al cumplir los 85 años no lleve los treinta y cinco de permanencia en el grupo y no haya solicitado la entrega anticipada del subsidio, podrá percibirlo íntegro, en la totalidad de sus 10.000 pesetas.

Se había pensado en efectuar el abono total del subsidio del Grupo II a los 75 años de edad; pero no ha sido posible lograr tal ambición, yugulada por las insobornables matemáticas.

Con ello se prosigue el camino de beneficios constantes a los mutualistas. Mas esto no satisface al Consejo de Administración; y se ha anunciado próximo estudio estadístico financiero actuarial para conocer las posibilidades de extensión del beneficio a los demás grupos de la Sección de Vida, y en especial al III.

Otra ilusión transformada en realidad, si bien no todo lo deseada y en su apetecida amplitud.

Dr. José Luis Yagüe y Espinosa
Madrid

PROTECCIÓN CONTRA LOS RAYOS X EN TOCOLOGÍA

Ante el temor de que los fetos puedan resultar afectados por los rayos X, se realizan actualmente en la Universidad de Glasgow experimentos con el uso de aparatos ultrasónicos para el examen de las embarazadas. El profesor Ian Donald, que tiene a su cargo el Departamento de Obstetricia en dicha Universidad, está estudiando un sistema que actualmente es ensayado en el Departamento de Física del Hospital Regional de Escocia Occidental. El doctor A. K. Bowman, jefe médico del Consejo de dicho Hospital, sobre este asunto ha declarado: «El nuevo sistema ha rendido ya algunos resultados satisfactorios y no tengo duda de que, conforme se desarrolle, se podrá eliminar por completo la necesidad de efectuar exámenes con rayos X en las embarazadas.» Agregó el doctor que aunque no se ha comprobado con certeza que exista peligro para el feto, es deseable limitar, dentro de lo posible, el número de los exámenes por rayos X.

PREMIO INTERNACIONAL «ERNESTO CACACE» PARA LA NIPIOLOGÍA

La «Fundazione Ernesto Cacace» convoca entre todos los médicos italianos y extranjeros un concurso para la concesión de un premio anual de 350.000 liras, al mejor trabajo sobre el tema: «Patología y Clínica Médica del lactante».

El término del plazo fijado es el 31 de diciembre de 1961 y los trabajos deben dirigirse al secretario permanente de la Comisión examinadora, doctor Piero Repetto, Vía Morghen, 4. Torino.

JORNADAS GINECOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS, EN LISBOA

Durante los días 19 al 22 del próximo septiembre tendrá lugar en Lisboa una reunión internacional, organizada por la «Sociedad Portuguesa de Obstetricia y Ginecología».

El día 19, en el Instituto Portugués de Oncología, se tratará sobre «Problemas de diagnóstico en relación con el cáncer uterino (cuello y endometrio», interviniendo en la ponencia los doctores Netter (Francia), Bourg (Bélgica), De Wattewille (Suiza) Palmer (Francia) y Gruneberger (Austria), celebrándose después una mesa redonda, dirigida por el doctor Netter. Por la tarde, en la Maternidad «Alfredo da Costa», se celebrará otra mesa, en la que se tratará sobre «Profilaxia del aborto», actuando como moderador el profesor Usandizaga (España).

El día 20, el doctor Palmer, en el Hospital Santa Marta, dará una conferencia: «Sobre lo que puede esperarse de la celioscopia en Ginecología», que será seguida de provección de un film.

Durante este tiempo se intercalarán actos sociales y excursiones diversas.

En los días 21 y 22 de septiembre se celebrará el *IV Congreso de la Unión Profesional Internacional de Ginecólogos y Obstetras*, (U. P. I. G. O.), que presidirá el doctor Freitas Simões, de Lisboa.

El primer día se discutirá el tema «Despistaje de los cánceres genitales de la mujer, examinados desde el punto de vista económico y social», siendo ponente general el doctor Mario Cardia (Portugal) y coponentes los doctores Fabre, Denoix y Wolff (Francia), Thiery (Bélgica), Fernández Ruiz (España), Tesauro (Italia), Gruneberger (Austria), Bruine (Holanda) y Reilbs (Luxemburgo).

El día 22 se expondrá y discutirá, por la mañana, el tema segundo: «Criterios y procesos de especialización en Ginecología y Obstetricia», expuesto por el profesor Ravina (Francia) y, como correlatores, los doctores Nogueira (Portugal) y López de la Osa (España). Y por la tarde, el segundo: «Clasificación económica o tarifaria de los actos obstétricos y ginecológicos, según una jerarquía de valores», por el doctor Radelet (Bélgica) y coponentes los doctores Castro Caldas (Portugal) y otros.

La correspondencia para el presidente se dirigirá al Hospital de Santa Marta, Lisboa, y la destinada al secretario general (informes, inscripciones, etc.), al Dispensario Central de Higiene Social de Porto, Rúa Aníbal Cunha, 98, Porto. El plazo de inscripción finaliza el 15 de julio.

Para viajes, alojamientos y excursiones: «Europeia», Avda. da Libertad, 231, Lisboa, o a las agencias de «Wagons-Lits-Cook.

XII REUNIÓN ANUAL DE LA FEDERACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

En Barcelona, del 30 de agosto al 4 de septiembre próximos, tendrá lugar la XII Reunión Anual de la Federación Mundial de la Salud Mental.

En esta reunión se expondrán en sesiones plenarias, y por la mañana, los temas siguientes:

«Necesidades de la infancia y de la juventud. Problemas especiales en España», «Trastornos mentales: tratamiento y prevención», «Frecuencia de los trastornos mentales», «Salud mental y formación profesional. Problemas especiales en España», «Industria y salud mental. Problemas especiales en España» y «Salud mental y migración».

Por las tardes tendrá lugar sesiones de estudio sobre los temas de las ponencias, distribuídas en quince grupos, forzosamente integrados por un número reducido de asistentes.

Para más detalles e inscripciones, dirigirse a la Secretaría, cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, Casanova, 143.

SYMPOSIUM SOBRE CÁNCER

El Excmo. Cabildo Insular de Tenerife, en su Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife, celebró, bajo la presidencia del doctor don José Goyanes Capdevila, un symposium con arreglo al programa siguiente:

Primera sesión (jueves 2 de julio): Palabras iniciales del director del I. P. T., doctor T. Cerviá Cabrera: «El problema del cáncer hasta el momento actual. Perspectivas», por el doctor J. Durán Molina; «Estadísticas del cáncer en nuestra provincia», Sección de Estadística del I. P. T.; «El cáncer. Problemática psicológica y metafísica», por el doctor C. Punto Grote.

Segunda sesión (viernes 3 de julio): Aportaciones y comunicaciones de los doctores Fernando Barajas Prats, José Domínguez Domínguez, José García-Estrada González, Enrique González González, Celestino González Padrón, Felipe Gómez Ullate, Jesús Martín Hernández, Fernando Mora Roldán, Pablo de la Peña Regidor, Miguel Rizo Robayna, etcétera.

ZARAGOZA, 15 DE AGOSTO DE 1959

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MEDICA LOCAL

HOMENAJE AL DR. ECHEVERRÍA

El día dieciséis de julio, y en el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos, tuvo lugar la entrega del título de Colegiado de Honor a nuestro ilustre compañero el doctor don Emiliano Echeverría Martínez.

En este acto, muy sencillo e íntimo, al que asistió la Junta Directiva en pleno y el personal de la casa, el Presidente, doctor Celma, glosó la figura y labor desarrollada por el doctor Echeverría al frente del Colegio y las condiciones que le hacían merecedor de esta distinción otorgada por voto unánime, entregándole acto seguido el título correspondiente.

El doctor Echeverría con sencillas y emotivas frases agradeció el homenaje que se le dedicaba, que estimaba inmerecido, pues se había limitado al cumplimiento de su deber y a la defensa de sus compañeros.

El acto resultó muy cordial.

CURSOS DE VERANO EN PAMPLONA

La Universidad de Zaragoza, en colaboración con las instituciones culturales navarras, ha organizado un curso, que se ha celebrado con toda brillantez, con arreglo a las siguientes fechas y programa:

Día 23, jueves: Profesor don Luis Jiménez González: «Aspectos morfofuncionales del folículo ovárico». Profesor don Francisco Marín Górriz: «Acción de las radiaciones sobre ovario normal».

Día 24, viernes: Profesor don Luis Azúa Rochao: «Trastornos ováricos y dermatopatías». Profesor don Enrique de la Figuera y de Benito: «Empleo terapéutico de la foliculina y otras hormonas sexuales en Medicina interna».

Día 27, jueves: Profesores don Mariano Mateo Tinao y don Ramón Rey Ardid: «Psicofármaco».

Día 28, martes: Profesor don Ricardo Lozano Blesa: «Estado actual de la cirugía cardíaca». Profesor don Ramón Martínez Pérez: «Histopatogenia de la neumonía lobular».

Día 20, miércoles: Doctor don Francisco Basallo Reina: «Fonocardiografía». Profesor don Alejandro Palomar Palomar: «Estado actual del tratamiento de la miopía».

Día 30, jueves: Profesor don Francisco Oliver Rubio: «Nuevas orientaciones de la Medicina actual». Profesor don Francisco Romero Aguirre: «Fisiopatología del bloqueo renal».

Día 31, viernes: Profesor don Carlos Olivares Baque: «Psicodermatosis». Profesor don Manuel Suárez Perdiguero: «La patología renal en la clínica pediátrica».

Las reuniones tuvieron lugar en la sala de conferencias del Instituto de Sanidad, y se vieron muy concurridas, habiendo constituído un gran éxito para sus organizadores.



El doctor Echeverría recibiendo el nombramiento de Colegiado de Honor, de manos del Presidente de nuestro Colegio.

EL ESCASO PATRIOTISMO Y CAMARADERÍA EN NUESTRA LITERATURA MÉDICA

Creemos plausible, necesaria, la denuncia de esos fallos. Ahí van unos ejemplos de hasta qué punto llega la falta de patriotismo y de compañerismo entre nosotros, los españoles; omitiendo la cita de nuestra producción médica, y, con ello, fomentando la ignorancia que de ella tiene el extranjero. ¿Cómo extrañar que allende fronteras se desconozca nuestra labor, si entre nosotros la «envidia medicorum pesima», como digérase ya en tiempos hipocráticos, o la mendaz lucha de capillas y capillitas, de grupos en competencia con visos mercantiles entre cátedras, hospitales, etc., o el prurito de alardear conocimiento de idiomas, etc., echa por la borda el patriotismo y compañerismo; si consentimos que una revista médica, oficial y gratuíta, en vez de su obligación de difundir nuestra producción nacional y reflejar la vida de los Colegios de los que se dice órgano, nada hace en pro de tal difusión ni de tal vida, publicando, con innecesario lujo, artículos, y con premio, compitiendo así con las revistas de pago (de las cuales debería ser eco), y en la abundante referencia de trabajos o libros sólo rara vez lo hace de lo nacional?

Ejemplos: A la vista tengo una de tantas revistas gratuítas —peste de nuestra literatura médica—, en cuyo número de julio-agosto inserta trece referencias de libros y artículos del extranjero, y sólo una de autor español, como si aquí no se publicasen libros y trabajos dignos de registrar.

Ante mí un artículo suscrito por tres autores de esta capital, uno de ellos prestigioso neurólogo, sobre el dolor, con explicación un tanto confusa, citando a varios extranjeros y no menciona los varios trabajos sobre el tema de un compatriota, Chabás, que razona su etiopatogenia química con varias pruebas, entre ellas su original hipodermia con oxígeno, por demás convincente, que alivia o cura el dolor, años ha comprobada, de cuya oxigenoterapia tiene publicado un libro, prologado por Marañón, que lo ensalza, y numerosos artículos de resonancia extranjera.

Una revista que alardea de «práctica» ostenta un cuadro de redacción con docenas de nombres y sólo dos o tres nacionales... que por elemental deber de autoestima debían evitar ser comparsas... Parecida es otra, también gratuíta, de atractiva presentación, cuyo número de julio ostenta una lista de «Consejeros», nada menos que de 64, y sólo tres de españoles, y en el «Comité de Redacción» figuran tres nacionales y nueve del exterior, y en cuyo texto analiza once libros y trece trabajos, pero ninguno nacional. ¡Qué enorme diferencia con la preferida cita que de lo de sus compatriotas hacen las revistas extranjeras insertando sumarios de sus revistas, es decir, siendo patriotas, buenos camaradas! Aquí, desdén de lo nacional y fetichista idolatría de lo extranjero.

Unos afamados autores alemanes, H. W. Frigge, de Bonn, y Nerlich, de Leipzig, suscriben su postal impresa en la que piden a su colega de Barcelona el envío de su trabajo sobre reúma y oxigenoterapia, cuyo resumen han leído en una revista mejicana, «Medicina», por la cual se han enterado de lo que no han podido ver nombrado en las revistas españolas que conocen, entre ellas en una de la misma especialidad, que se edita en la propia Barcelona, donde reside el autor y... en la que todavía no ha aparecido referencia alguna de los numerosos trabajos que publica, años ha, y con ideas propias avaladas por la experiencia, originalidad y comprobación. Pero citar a un compañero de la especialidad... ¡Quiá!

Por merecida justicia, aleccionadora, debemos consignar un ejemplo laudable en nuestras revistas: «*Clínica y Laboratorio*», que da la pauta patriótica y de camaradería con sus secciones «Nacional» y «Extranjera», acertado registro de lo que aquí laboramos.

H. SACABEJOS

PREMIO DOCTOR CASAL

La Academia Médico-Quirúrgica Asturiana, como homenaje fervoroso a la ingente personalidad del eminente doctor Casal, con motivo del segundo centenario de su muerte, convoca el «Premio periodístico» que, bajo la advocación del ilustre médico, se regirá por las siguientes bases:

Primera.—Podrán optar a él todos los artículos publicados en los periódicos de España sobre la obra y personalidad del gran precursor.

Segunda.—Los artículos deberán tener una extensión mínima de ocho cuartillas normales, y máxima de diez, escritas a doble espacio y por una sola carilla.

Tercera.—El plazo del Concurso será cerrado el 20 septiembre de 1959.

Cuarta.—A este fin, serán otorgados:

Un Primer Premio de cinco mil pesetas, concedido al efecto por la Excma. Diputación Provincial de Oviedo, al mejor artículo publicado.

Dos accésits que llevarán el nombre del Excmo. Sr. Marqués de Aledo, Académico de la Real de la Historia, y cuya cuantía será:

Primer accésit: Tres mil pesetas.

Segundo accésit: Dos mil pesetas.

Serán asignados a los dos trabajos que sigan en méritos al primer premio.

Quinta.—El Jurado permanecerá secreto hasta el mismo día de la concesión de los premios.

Sexta.—Los artículos deberán ser firmados, y se enviarán a la Academia Médico-Quirúrgica Asturiana (Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Oviedo, Fruela, 10, 1.º), por triplicado.

Séptima.—El fallo del Jurado será inapelable.

Octava.—Los artículos premiados quedarán de propiedad de la Academia Médico-Quirúrgica Asturiana, que se reserva el derecho de su libre uso y publicación.

VIDA MEDICA NACIONAL

UN MONUMENTO AL DOCTOR FLEMMING

En Valencia, en los jardines de la enfermería de la plaza de toros, se ha inaugurado un busto al doctor Flemming, como expresión de agradecimiento y recuerdo de los toreros valencianos al descubridor de la penicilina.

Se ha erigido por iniciativa de Radio Nacional de España en Valencia. Al acto asistieron el presidente de la Diputación Provincial, cónsul inglés, director de Radio Nacional de España en esta capital, presidente del Colegio de Médicos, presidente del Montepío de Toreros de Valencia, empresa, toreros y aficionados. El jardín se hallaba adornado con las banderas de España, de la Gran Bretaña y de Valencia.

También en Barcelona, en fecha muy reciente, fué inaugurado otro monumento a su recuerdo, rindiéndole así el tributo de admiración que su memoria y beneficios merecen.

NUEVA PUBLICACIÓN PEDIÁTRICA

La Sociedad Valenciana de Pediatría, recientemente constituída, y que está dando pruebas de gran vitalidad y entusiasmo, con objeto de fomentar las relaciones culturales entre los profesionales y difundir su labor, ha creado la publicación de su «Boletín», muy pulcramente editado y del que ha lanzado ya un par de números, de unas cincuenta páginas, donde se recoge la labor realizada, con noticias y comentarios de actualidad pediátrica.

Al aparecer, les saludamos con agrado, deseándoles continúen con este éxito.

EL MINISTRO DE TRABAJO CLAUSURÓ EN BILBAO UN CURSO PARA MÉDICOS DE EMPRESA

La prensa diaria ha destacado ampliamente el trascendente discurso del señor Sanz Orrio, Ministro de Trabajo, en la clausura del curso para médicos de empresa, celebrado en Bilbao.

Después de glosar la labor realizada y el extraordinario papel que el médico desempeña, resaltó el especial interés que el Ministerio dedica a la Escuela de Medicina del Trabajo, que ha de ser el Centro superior de postgraduados para todos los médicos que quieran utilizarla y, sobre todo, para los que tienen una actuación relacionada con la seguridad social.

Aludió a las inquietudes que agitan a la noble profesión médica española y dijo que su departamento y su modesto titular sienten todas sus preocupaciones como en carne propia y tratan de hacer lo mejor para disiparlas plenamente. A ello tienden las disposiciones encaminadas a mejorar la situación del médico en la seguridad social y a preparar las bases para un porvenir mejor.

EL DR. J. GALÁN, PRESIDENTE DEL COLEGIO DE AVILA

Recientemente, el distinguido médico, don Jesús Galán, tan conocido por sus interesantes y animosas campañas en defensa y mejora de los médicos, ha sido designado por el Consejo General de Colegios y la Dirección General de Sanidad, para desempeñar la Presidencia del Colegio de Médicos de Avila, cargo en el que, sin duda, demostrará sus excelentes condiciones y preparación.

DISTINCIÓN AL DR. SOROA Y PINEDA

Al doctor don Antonio de Soroa y Pineda, médico de la Beneficencia Municipal de Madrid, le ha sido concedida recientemente en Roma, por el Consejo Soberano de la Orden de Malta, la gran Cruz al Mérito, con placa, en atención a los servicios médicos por él prestados a la Orden. Ultimamente había sido también galardonado por el Gobierno español con la Encomienda con placa de la Orden Civil de Sanidad, por su labor en la prensa en defensa y exaltación de la Sanidad.

EXITOS DEL DR. FERNÁNDEZ RUIZ

El prestigioso ginecólogo, doctor don César Fernández Ruiz, Director de la Maternidad de Palencia, pronunció una magistral conferencia en Gijón, en la Asociación de Ciencias Médicas, donde con gran valentía, excelente altura de miras y sano criterio trató el tema: «El médico ante la Medicina social», siendo calurosamente ovacionado.

También, en Valladolid, pronunció un magnífico discurso con motivo de su ingreso en la Real Academia de Bellas Artes, disertando sobre: «La trascendencia del arte en la evolución histórica de la Medicina», siendo contestado por el doctor don Leopoldo Cortejoso en nombre de la Corporación.

Le felicitamos por estas nuevas muestras de su extraordinario dinamismo y capacitación.

CONGRESOS

LA ASAMBLEA NACIONAL DE LAS HERMANDADES DE SAN COSME Y SAN DAMIÁN

En el próximo mes de octubre y coincidiendo con la fiesta de San Lucas, Patrono de los médicos, va a tener lugar en Jerez de la Frontera la X Asamblea Nacional de las Hermandades Médico-Farmacéuticas de San Cosme y San Damián.

El tema de la ponencia oficial será «Deontología de la medicina preventiva», cuya ponencia está a cargo de la Hermandad de Jerez, y a la que presentarán comunicaciones todas las Hermandades de España. Dicho tema ha sido elegido con motivo de la actua-

lidad de la medicina preventiva en todas las naciones.

La Asamblea tendrá lugar durante los días 17, 18 y 19 de octubre, y después de la solemne sesión de apertura se irán sucediendo las diferentes sesiones de estudio. Dada la numerosa concurrencia que se espera, la Comisión organizadora ha preparado un programa de actos recreativos y de presentación de las principales industrias de Jerez, al mismo tiempo que un programa especial para las señoras de los asambleistas.

Para todo lo relacionado con esta Asamblea podrán dirigirse a don Pedro Muñoz Pan, Fermín de Aranda, núm. 7, Secretario de la Hermandad en Jerez de la Frontera.

LA XII REUNIÓN ANUAL DE LA FEDERACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

La Federación Mundial de la Salud Mental celebrará su XII Reunión Anual en Barcelona, desde el 30 de agosto hasta el 4 de septiembre de 1959, por invitación de la Liga Española de Higiene Mental, miembro asociado de la Federación.

La Reunión empezará el domingo por la tarde, 30 de agosto, con una recepción para los participantes y terminará la tarde del viernes, 4 de septiembre. Todas las reuniones y conferencias tendrán lugar en el nuevo edificio de la Facultad de Derecho de la Universidad de Barcelona, Avenida del Generalísimo Franco, empezando a las diez de la mañana del lunes, 31 de agosto.

La Federación Mundial de la Salud Mental, es una organización internacional no gubernamental, que en la actualidad consta de 113 asociaciones, cuyo objetivo consisten en lograr buenas relaciones humanas entre todos los individuos y naciones y un más alto nivel de la salud mental en sus aspectos biológicos, médicos y sociales.

En la Reunión se hablará español, francés e inglés. Las sesiones plenarias se traducirán simultáneamente en estos idiomas, y los intérpretes que sean necesarios se distribuirán en los grupos de discusión.

Los participantes deberán llenar las hojas de inscripción, mandándolas conjuntamente con el importe, a la secretaría de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, Casanova, 143, o bien a la cuenta corriente del Banco Español de Crédito, Sucursal núm. 14, XII Reunión Federación Mundial de la Salud Mental.

Para los participantes en España, se han fijado los distintos tipos de cuota siguientes:

A — Miembros protectores o representantes de organismos oficiales, 2.000 pesetas.

B — Miembros activos, 500 pesetas.

C — Cuota especial para los miembros no médicos que lo soliciten, con derecho únicamente a las sesiones científicas, 250 pesetas.

Miembros agregados, 300 pesetas.

LAS CINCO CIFRAS DE PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

La sección del automóvil de nuestra mutualidad ha rebasado hace muy pocos días un número muy interesante: ha llegado a los cinco guarismos o cifras en la numeración de las inscripciones. El número 10.000 ha sido adjudicado al vehículo de un médico; y, tras él, en la misma semana, continuaron las inscripciones. Como el crecimiento en importancia de las poblaciones se destaca por el número de cifras de sus teléfonos, igual pudiera ser el de las diversas secciones de la mutualidad sanitaria. Todo ello, con una limitación absoluta a vehículos pertenecientes a las clases sanitarias integrantes en la mutualidad y dedicados exclusivamente para su trabajo profesional con eliminación de otros, también de aplicaciones o propiedad de sanitarios; iniciada hace 11 años, con una adjudicación de 300 vehículos, que no todos inscribieron la cobertura de sus riesgos en Previsión.

La entrada de nuevas inscripciones es constante e intensa. Llama la atención del Consejo de modo extraordinario su crecido número y la gran cantidad de coches nuevos, en cantidad que rebasa más del doble de las adjudicaciones oficiales. Algo que produce extrañeza. Las inscripciones de coches ya rodados, son menos; en ellas, prevalecen los adquiridos seminuevos, y disminuyen cada vez más los de aquellos que, por diversos motivos, no lo hicieron a su debido tiempo en la entidad, a pesar de pertenecer a sanitarios desde el primer momento de su concesión. El número de motocicletas es escaso, y, desde luego, menos del esperado; ventaja indudable para los mutualistas, ya que sus riesgos son siempre mayores, sobre todo los personales.

Las inscripciones no corresponden sólo a vehículos de médicos, sino que figuran muchos farmacéuticos, más de los esperados por la índole de su profesión, y odontólogos. También continúa el ingreso de veterinarios, rápido, pero no en masa, forma que tampoco se esperaba; entran los nuevos, sobre todo algunos colegios en la totalidad, y los anteriores, conforme caducan sus contratos con otras entidades.

Pero el número de inscripciones no representa los que existen vigentes en la actualidad. De aquél, hay que descontar las bajas para obtener la existencia real; y ésta se aproxima ya a los 8.000 vehículos, cifra a la que se espera llegar antes de finalizar el año.

Como es lógico, tan crecido número de vehículos motiva muchísimo trabajo, que sobrelleva con gusto por todo el personal y Consejo, a la vista de los indudables beneficios que proporciona a los asociados.

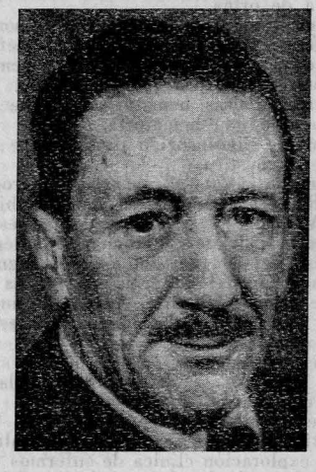
Dr. J. Luis-Yagüe y Espinosa

NECROLOGÍA

EL DR. BARRAQUER FERRÉ

Ha fallecido en Barcelona, a los 72 años, en plena actividad científica y profesional, un gran maestro de la Neurología, que muchas veces honró con su firma a esta publicación, el *doctor don Luis Barraquer Ferré*.

Nacido en Barcelona, donde cursó sus estudios, se formó en la escuela de Neurología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, fundada por su ilustre progenitor, el eminente neurólogo doctor Luis Barraquer Roviralta, que ha sido su maestro y de cuya obra es continuador en muchos aspectos de sus trabajos de investigación neurológica.



Luis Barraquer Ferré pertenecía, por tanto, a una familia ilustre de la Medicina española, con dos ramas distintas: la de los oculistas y la de los neurólogos. Su aportación a la Neurología es tan vasta que puede decirse que de Barraquer Roviralta no sólo nace una familia de especialistas, sino que nace la Neurología en España.

La labor de Barraquer Ferré es muy extensa y se le deben muchas aportaciones a los modernos conceptos de la Neurología. Tiene publicados más de ciento cincuenta trabajos originales, aparte de muchas conferencias, cursillos y diversas monografías; es autor de «Elementos de neuropatología» (1923), «Tratado de enfermedades nerviosas» (1936-40), «Las parálisis» (1947), «Las neuralgias» (1946) y «Neurología clínica» (1951).

Era Director de la Clínica de Neurología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo; fué primer Presidente de la Sociedad Española de Neurología; miembro de número de la Real Academia de Medicina de Barcelona y miembro de honor de la Sociedad de Neurología Francesa, y de la American Neurological Association.

Son muy notables sus ideas, aportaciones y estudios experimentales en el campo neurológico. En poliomielitis, destacó el valor que como síntoma diagnóstico precoz encierra la pérdida precoz de la reacción farádica, y con anticipación a otros especialistas señaló las posibilidades que ofrece el empleo de suero de convaleciente en el tratamiento de dicha enfermedad. Suyas son, también, las ideas sobre el signo del abanico en cuanto a su valor cronológico (que expuso en estas mismas páginas), sobre el reflejo de prehensión del pie y los lóbulos frontales, sobre la marcha, et., etc.

Hombre sencillo y cordial, era muy amante de la naturaleza y de la caza, dedicándose también a la cría de palomas mensajeras, con las que realizó sus conocidos experimentos sobre orientación.

Transmitimos a su hijo el doctor L. Barraquer Bordás, también destacado neurólogo, nuestro sincero pesar por la desaparición de figura tan insigne para la neurología catalana y la ciencia española.

R. H. L.

EL DR. J. VIDAL JORDANA

Víctima de un accidente cardíaco, falleció súbitamente en Valencia, donde desempeñaba transitoriamente la Jefatura Provincial de Sanidad y la efectiva de la Inspección Provincial de los Servicios del S. O. E., el doctor don Javier Vidal Jordana. Era también Académico Honorario de la Real de Medicina y poseía la Encomienda de Sanidad Nacional.

Nacido en nuestra ciudad, donde había cursado la carrera, se trasladó después a Valencia, donde llevaba muchos años residiendo y donde era muy apreciado, habiendo constituído su entierro una gran manifestación de duelo, por contar con muchas simpatías.

D. LUIS RAMÓN GRACIA

En la ciudad de Huesca, donde ejercía su profesión con gran competencia y laboriosidad, falleció don Luis Ramón Gracia, excelente tocólogo y gran compañero que cursó sus estudios en Zaragoza, donde le unían lazos de parentesco y de amistad siempre bien probada y difícilmente reemplazable.

PARA EL CONTROL DE LOS AUTOMOVILISTAS

Una pequeña máquina fotográfica instalada en el capot de un automóvil estacionado junto a la cuneta de la carretera, se encarga de fotografiar las placas traseras de la matrícula de todos los coches que circulan a una velocidad mayor de la que establece el reglamento. Dos tiras de cinta adhesiva se extienden de un lado a otro de la carretera, enfrente del automóvil estacionado. A medida que pasan los coches sobre las cintas, su velocidad es calculada automáticamente, y si ésta fuera excesiva, otro dispositivo automático hace funcionar un «flash» que permite fotografiar la matrícula. Es un invento puesto en práctica en los Estados Unidos.

CURSOS

CURSO PRÁCTICO DE ALECCIONAMIENTO TOCOLÓGICO PARA POSTGRADUADOS OCTUBRE DE 1959 - ENERO 1960

En la Casa de Maternología Municipal de Barcelona, tendrá lugar un *curso práctico de Tocología para postgraduados*, organizado por la Dirección, con la participación de los doctores J. Vanrell, A. Carulla, E. Condeminas, M. Garriga Roca, Marqués, R. Bardés, Pont Hernández, J. Camprobi, J. M.ª Dexeus, P. Buxó, A. Amigó, E. Fernández Pellicer, J. Esteban, M. Mariño, J. Mateu, L. Sarriás.

Conferencias prácticas diarias en el auditorio de la Casa de Maternología, de 11 a 12 de la mañana.

Asistencia a los consultorios, partos normales e intervenciones.

Los inscritos practicarán durante dichos meses, en régimen de externado, colaborando con los Jefes de Servicio y médicos de guardia, en la asistencia a partos y operaciones tocológicas.

Al terminar sus estudios, recibirán el correspondiente diploma acreditativo. El curso comenzará el día 15 de octubre próximo.

Matrícula con derecho a las prácticas, 1.000 pesetas (número limitado a siete graduados).

Para informes, Administración de la Casa de Maternología, Avda. José Antonio, número 477, teléfono 231252.

HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ Y SAN PABLO

Del 1 de octubre al 20 de diciembre próximos, tendrá lugar en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Servicio de Cirugía General, profesor J. Pi-Figueras, *el II Curso de Diagnóstico y Técnica Quirúrgica*, para postgraduados.

Asimismo, del 25 de noviembre al 12 de diciembre se celebrará, como de costumbre, el VIII Curso de Cirugía Abdominal, dedicado especialmente al estudio de las afecciones del esófago, estómago, duodeno y diafragma.

Para informes e inscripción dirigirse a la secretaría de los cursos, doctor J. Puig la Calle, Gerona, 122, teléfono 360747, Barcelona.

V CURSO DE UROLOGÍA PRÁCTICA

Del 16 al 21 de noviembre de 1959, tendrá lugar en el Hospital de Nuestra Señora del Sagrado Corazón de Jesús, de Barcelona, el *V Curso de Urología Práctica*, bajo la dirección del doctor L. Batalla Sabaté, con la colaboración de los Jefes de Clínica doctores J. Garros Rovira, F. Planes Armengol y E. Valldeperas Bonamich.

Lunes, día 16, «Exploración clínica urogenital»: Inspección, palpación, percusión. Renal; ureteral; Vesical; prostática. Escrotal; cubiertas y contenido; testículo y epididimo. Exploración uretral; vesicular, deferencial. Tacto rectal. Tacto combinado rectohipogástrico. Tacto vaginal. Orientación diagnóstica.

Martes, día 17, «Dolor urogenital»: Dolor renoureteral; cólico nefrítico. Nefralgia. Dolor vesical. Dolor uretral. Dolor prostatovesicular. Dolor escrotal. Interpretación diagnóstica. Medios terapéuticos. Infiltración novocaínica del pedículo renal. Idem del cordón espermático, indicaciones, técnica.

Miércoles, día 18, «Trastornos de la micción»: Micción frecuente. Micción dolorosa. Micción difícil; retención de orina. Valor semiológico. Tratamiento. Cateterismo vesical; indicaciones, técnica. Punción vesical. Incontinencia de orina.

Jueves, día 19, «Hematuria»: Importancia semiológica. Diagnóstico. Hematuria nefrítica; disociación albúminohematúrica. Hematuria urológica. Hematuria por hemopatía. Hemoglobinuria. Falsas hematurias. Conducta del médico ante una hematuria.

«Piuria»: Significación patológica e importancia diagnóstica.

Viernes, día 20, «Tumoraciones urogenitales»: Renales; tumores del flanco e hipocondrio. Vesicales y prostáticos; tumores hipogástricos y pelvianos. Funículoescrotales y perineales. Significación patológica. Diagnóstico.

Sábado, día 21, «Variaciones en la cantidad de orina»: Oliguria. Anuria. Poliuria.

«La fiebre en las afecciones urinarias»: Nociones generales.

«Uremia».

Las lecciones se desarrollarán a las diez de la mañana.

La exposición del tema, en forma de comentario práctico, se simultaneará y alternará con la exploración clínica de enfermos y práctica de los métodos de terapéutica al alcance del médico general en su ambiente.

Derechos de inscripción: 400 pesetas. La admisión es limitada y se verificará por riguroso turno de inscripción. Se entregarán diploma y copia mecanográfica de los temas desarrollados a los señores cursillistas inscritos. La inscripción y otras informaciones deberán solicitarse a la señorita María Teresa Lucas, Secretaria del Servicio de Urología, calle Borrel, 303, teléfono 305800, Barcelona.

PRÓXIMO CURSO INTERNACIONAL DE UROLOGÍA, EN BARCELONA

En el mes de octubre próximo tendrá lugar en la Escuela de Urología de la Facultad de Medicina de Barcelona el anual Curso Internacional de Urología, en el que, bajo la dirección del doctor don José María Gil-Vernet Vila, tomarán parte, además de otras destacadas figuras, los profesores Mingazzini, de Roma; Gregoir, de Bruselas, y Aboulker, de París.

En esta semana urológica se darán a conocer los avances conseguidos en dicha especialidad en el transcurso de este último año, y entre otros se debatirá el tema «La cirugía urológica en la infancia».

VIDA MEDICA EXTRANJERA

NUEVO PRESIDENTE DE LA W. M. A.

El Consejo de la «Asociación Médica Mundial», en la reunión celebrada en Sydney (Australia), eligió para cubrir la vacante creada por la desaparición del doctor León Guerin-Lajoie, al *doctor Renaud Lemieux*.

El doctor Lemieux es profesor de Medicina y Decano de la Facultad en la Universidad Laval, en Quebec, y ex Presidente de la Asociación Médica Canadiense.

APARICIÓN DE PANMINERVA MEDICA

El grupo periodístico Minerva Médica, se siente feliz y orgulloso de anunciar que, con ocasión del cincuentenario de «*Minerva-Médica*» (1909-1959), ofrece al mundo médico una nueva publicación mensual que, con el nombre de «*Pan Minerva Médica*», recogerá la síntesis de toda la actividad médica italiana y publicará en inglés los trabajos originales más importantes aparecidos en más de las cuarenta revistas que forman parte de este importante consorcio periodístico, con lo cual podrá conocerse fácilmente toda la producción médica italiana y estar al tanto de su desenvolvimiento científico.

A quienes interese este servicio, pueden dirigirse a Edizioni Minerva Medica, Corso Bramante, 83-85. Torino (Italia). El precio de suscripción anual es de diez dólares.

PRÓXIMA REUNIÓN DE LA «ASOCIACIÓN FILIPINA DE CIRUJANOS»

La XV Reunión Anual del «Philippine College of Surgeons», tendrá lugar en Manila, del 2 al 5 de diciembre de 1959.

En el programa científico se incluyen distintas secciones: Cirugía general, ortopedia y traumatología, cirugía torácica, cáncer, gastroenterología, obstetricia y ginecología, urología, oftalmología, oto-rino y broncoesofagología y medicina física. De cada una de estas secciones y de sus recientes avances se hará un resumen en la sesión plenaria.

Los títulos de las comunicaciones y un resumen de unas doscientas palabras, deberán ser enviados antes del 15 de octubre, y los textos completos de las mismas antes del 15 de noviembre de 1959.

Para la inscripción e informes, dirigirse a: P. M. Recio F. P. C. S., P. O. Box 2598. Manila. I. Filipinas.

NOVEDADES EN LA EXPOSICIÓN INTERNACIONAL DE LA INDUSTRIA ELECTRÓNICA

Con motivo del Congreso Internacional de Radiología, celebrado durante los días 23 al 30 de julio en la ciudad de Munich, la *Siemens-Reiniger-Werke* presentó en su amplio stand, de unos 600 m², con dos pisos, un amplio programa de su fabricación y de sus novedades.

Entre ellas se destacaron: el primer aparato completamente automático para diagnóstico: el Triomat Siemens, en el cual, en lugar de los tres ajustes necesarios hasta ahora para una radiografía —tensión e intensidad de la corriente para el tubo y tiempo de exposición— ya no se necesita en este aparato más que la tensión para el tubo. Todo lo demás se efectúa automáticamente.

Complementa el Triomat el nuevo equipo para todas las exploraciones radiológicas, el Isoscopio Siemens, suspendido sin apoyo en el techo y el tablero de la mesa, desplazable en los sentidos longitudinal y transversal, ofrecen al médico un trabajo cómodo y con múltiples posibilidades. Los intensificadores electrónicos, que se han difundido cada vez más durante los últimos años, cuya ventaja más convincente es su imagen fluoroscópica, de una luminosidad 1.000 veces mayor que la de la fluoroscopia normal, pudiendo ser observada y filmada sin dificultad en una sala no oscurecida. En el modelo para el internista se puede montar una cámara cinematográfica o televisora, con la cual es posible filmar los procesos en movimiento que se desarrollan en el interior del cuerpo.

En el ramo de la terapia se exhibió el Gammatron 2, para terapia profunda, con los rayos gamma radioactivo cobalto 60. Este equipo ha sido diseñado en forma sencilla, para que también los hospitales e institutos pequeños puedan hacer uso de esta terapia.

Mediante una conmutación sencilla se pueden generar, a elección, rayos electrónicos o ravox X ultra duros. Estos últimos ofrecen, lo mismo que los rayos gamma del cobalto 60, ventajas especiales en la lucha contra los tumores profundamente situados, en tanto que los rayos electrónicos pueden ser aplicados con particular ventaja contra los tumores situados cerca de la superficie.

De acuerdo con la creciente importancia de la aplicación de substancias radioactivas en la medicina, la Siemens-Reiniger-Werker AG. exhibió en su stand también utensilios y accesorios de medición para instalar secciones de medicina nuclear. Entre ellos se destacaba el Nucleografo, un aparato completamente automático, para medir la distribución de las substancias radiactivas introducidas en un cuerpo u órgano para fines del diagnóstico. En un movimiento de forma meándrica se desplaza el cabezal de medición sobre la parte del cuerpo que interesa para el examen. El inscriptor del Nucleografo traza los impulsos medidos en la forma de un diagrama de rayas, llamado centelleograma.

Todas estas novedades fueron favorablemente comentadas y apreciadas.

UN GOYA EN LA EXPOSICIÓN DE ARTE MÉDICO

En una reciente exposición de Arte Médico, celebrada en Londres, se han exhibido valiosos grabados de Rembrandt, Lautrec, Goya, Daumier, Munch y de otros varios artistas

famosos, que muestran la práctica de la Medicina a través de los siglos. Motivo de considerable interés es la exhibición de la colección de Arte Médico presentada por el Museo de Arte de Filadelfia. Los grabados de carácter histórico cubren una variedad de aspectos que abarcan desde una amputación y la extracción de una punta de flecha durante el siglo XIV, hasta una clase de anatomía en la época medieval. Los rasgos de humor y sátira los proporcionaron las obras de Hogarth y Rowlandson. Un «Hospital militar» de Goya formaba parte de la serie de ochenta titulada «Desastres de la guerra», que fué considerada tan espantosamente real, que el propio artista nunca quiso darla a conocer durante su vida. Otros trabajos sobresalientes presentados fueron «Visita a un paciente enfermo de plaga», por Bellini; «La Compañía de Sepultureros», de Hogarth, y el dibujo del primer ministro Carnot, hallándose enfermo, realizado por Lautrec.

LA RENOVACION DE LAS ARTERIAS DESGASTADAS

Entre las manufacturas presentadas en el Pabellón Británico en la Exposición Universal, el pasado año en Bruselas, se hallaba un tubo sin costuras hecho con una hilaza de un tipo especial de politeno. Tal tubo, que era una arteria artificial, señala la última etapa en una de las más interesantes páginas de la historia de la Medicina; es decir, la investigación para encontrar nuevas arterias que reemplacen a las desgastadas.

Dicha investigación se inició con todo ahinco hace aproximadamente medio siglo, y durante el transcurso de estos cincuenta años se ha ensayado una amplia variedad de sustitutivos para arterias, incluyendo entre ellos tubos de vidrio, de marfil, aluminio y oro. Ninguno de éstos dió buen resultado, y solamente cuando se introdujeron las llamadas fibras sintéticas —tales como el nylon— se inició el verdadero progreso. Antes de que existieran estas fibras ya se había llegado a la convicción de que el mejor sustitutivo para un trozo de arteria dañada o desgastada es otra arteria. Como es natural, con sólo pensar en ello no se tenía nada práctico, por la sencilla razón de que ninguno de nosotros cuenta con arterias de reserva que puedan extraerse de una parte de nuestro cuerpo para reparar una arteria averiada en otro sector del organismo.

La otra alternativa fué el empleo de venas. La diferencia entre una arteria y una vena es que la primera tiene la función de hacer circular la sangre que sale del corazón, mientras que la segunda la lleva a dicho órgano. Esto significa que una vena tiene una pared más delgada que la arteria, pues está llamada a soportar menor tensión. Ahora bien: la delgadez de dicha pared ha sido un obstáculo para emplear dichas venas con los fines citados. Por otra parte, si bien es cierto que en otros aspectos demostraron ser un sustitutivo ideal —la mayoría de nosotros contamos con venas que pueden ser extraídas, en caso necesario, sin peligro—, presentan la particdlaridad de que pueden reventar cuando se las usa para el fin mencionado.

Los investigadores médicos persistieron en su labor, y comprobaron que una arteria extraída de un individuo podía reparar efectivamente la de otra persona. Comprobaron, además, que las arterias extraídas luego de fallecer un ser humano podían usarse con tal objeto. Sin embargo, se llegó a la conclusión de que para poder beneficiar a los enfermos era menester que el cirujano tuviese a su alcance una reserva de arterias. Este problema se eliminó con la creación de bancos de arterias, y en los cuales se las conserva manteniéndolas en un tubo sellado y sometido al proceso conocido como secamiento al frío. Finalizado dicho proceso, las arterias, en los citados tubos, pueden mantenerse durante un período indefinido a la temperatura ordinaria de una habitación, lo cual significa que el cirujano podrá contar siempre con el suministro necesario. Por esta razón, muchos hospitales especializados en este género de intervenciones quirúrgicas cuentan con tales bancos.

Ahora bien: aun cuando tales bancos son una valiosa ayuda, no dan la solución del problema. Por este motivo, la investigación prosiguió con la especial finalidad de encontrar una arteria artificial eficiente que, al eliminar todas las dificultades y gastos, se halle al alcance de los cirujanos en todas las regiones del mundo.

Y así hicieron acto de presencia las fibras sintéticas. Muchas de tales fibras han sido ensayadas —nylon, orlon y perytene—, y actualmente la de politeno, creada en Gran Bretaña y que fué exhibida en Bruselas. Hasel presente, terylene y orlon han demostrado ser las más satisfactorias; pero, debido a ciertas características especiales, la de politeno da la impresión de ser más adecuada; posee muchas cualidades esenciales para convertirse en una arteria sintética ideal. Es sumamente resistente y también flexible. Esta última característica desempeña el papel más importante, ya que, por ejemplo, al reemplazar a una arteria en la pierna, debe poder doblarse con toda facilidad.

Posee también otra ventaja, que es la de encogerse en agua hirviendo. Esto es de máxima importancia, pues cuando un cirujano decide operar en una arteria, pocas veces puede estar completamente seguro de su ancho hasta que la ve durante la intervención. La radiografía le da una idea vaga, pero nada más. Por lo tanto, si emplea un tubo del nuevo material, sabe que si ha elegido un tamaño ligeramente mayor que el de la arteria, para reducirlo de tamaño le basta, en el momento preciso, con meterlo en agua hirviendo.

Lo que también es de igual importancia en una arteria artificial es que su trama debe poseer estructura similar a una red, de manera que los tejidos circundantes del cuerpo puedan crecer a su alrededor para afirmarla fuertemente. Cuando en el cuerpo se incorpora este nuepo trozo de arteria de la manera indicada, se puede estar seguro de que soportará la tensión necesaria. Además, dado que estos materiales sintéticos son, como los llaman los médicos, «inertes» —o sea, que no irritan los tejidos del cuerpo—, el organismo los acepta como una adición inofensiva y, en vez de tratar de eliminarlos, los incorpora como parte integrante de sí mismo.

Debe subrayarse, sin embargo, que todavía no se ha descubierto la arteria plástica perfecta; pero, en vista del progreso alcanzado, existen sólidas razones para pronosticar que en años próximos habremos conseguido acercarnos aún más al ideal fijado como meta.

Dr. William A. R. Thompson
Director de la revista médica londinense «The Practitioner»

ZARAGOZA, 15 SEPTIEMBRE 1959

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MEDICA LOCAL

UNA ENTREVISTA CON EL SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA

Hacia la transformación completa de la Facultad para acoplarla a los modernos métodos de enseñanza

Desde hace algún tiempo, se vienen realizando importantes obras en el magnífico edificio de la Facultad de Medicina y Ciencias de Zaragoza; obras que tienden a la transformación casi total de la distribución y ordenación interna del edificio, que pese al detalle y la grandiosidad con que fuera proyectado y construído por el arquitecto don Ricardo Magdalena, que tantas y tan valiosas muestras de su paso dejó en la arquitectura local, no responde al volumen que en cantidad y calidad ha tomado actualmente el estudio de la Medicina en nuestra Universidad.

UN MILLAR DE ALUMNOS

—Tanto por el número de alumnos matriculados como el desarrollo del plan docente que llevan consigo los modernos métodos de enseñanza, nos ha dicho el decano de la Facultad, doctor don Fernando Civeira, que amablemente nos atiende en su despacho, se hacía precisa la reforma que ya está en vías de ejecución.

Efectivamente, en el curso 1958-59, la matrícula de esta Facultad ha superado el millar de alumnos, entre ellos un veinte por ciento de países sudamericanos, habiendo un pequeño contingente de estudiantes de otras nacionalidades. Por otra parte, la enseñanza exige unas condiciones que no se conocían hace medio siglo, por lo que se hacía preciso adaptar el edificio a las corrientes actuales.

—Ahora, dice el doctor Civeira, la carrera de Medicina comprende no sólo la Licenciatura propiamente dicha, sino también la preparación de los Ayudantes Técnicos Sanitarios y la enseñanza de las distintas especialidades médicas. Para todo ello, se requiere, lógicamente, un edificio de gran volumen.



—¿Cuántos alumnos cursan los estudios de Ayudantes Técnicos?

—Hay un centenar de ambos sexos, si bien predomina el femenino. Estos alumnos son los que hasta hace pocos años se llamaban practicantes y enfermeras.

REPLANTEO DE LAS INSTALACIONES

Estas consideraciones, cuya importancia es bien notoria, y tienen plena justificación, han impulsado al decanato de la Facultad de Medicina, pensando en el nuevo tipo de enseñanza que hoy se practica, a estudiar lo que podríamos llamar con toda propiedad el replanteo de las instalaciones del grandioso edificio de la plaza de Paraíso, que es, sin duda, uno de los más importantes y majestuosos con que cuenta la capital.



El Dr. Civeira, Decano de la Facultad

—El arquitecto don Regino Borobio, cuya competencia es de todos conocida, ha redactado el proyecto de transformación que ha de sufrir aquel edificio. Una transformación, afirma el doctor Civeira, que hará de la Facultad algo esencialmente funcional, moderno, eficiente, en condiciones del máximo rendimiento.

PRESTIGIO DE NUESTRA UNIVERSIDAD

Tenemos a la vista la memoria y los planos, que dan perfecta idea de la reforma proyectada. Ya en marcha, hablando con propiedad.

—Cuando todo el plan, que es muy ambicioso por cierto y cuyo coste se eleva a muchos millones de pesetas, que aportará el Estado a través del Ministerio de Educación Nacional, se haya realizado, nos manifiesta el decano, puede asegurarse que Zaragoza contará con una de las mejores Facultades de Medicina.

Hay tal entusiasmo y tal confianza en las palabras del doctor Civeira, que sus afirmaciones no dejan lugar a duda. El, por otra parte, en sus frecuentes viajes al extranjero, ha visitado las mejores Universidades del mundo. Ahora, se trata de igualar y aun de superar, si es posible, lo más moderno que ha visto fuera de España, para dotar a Zaragoza de una Facultad cuya organización y funcionamiento, en lo exterior y en lo interior, vayan paralelos al prestigio de que, dentro y fuera de las fronteras, goza la Universidad cesaraugustana.

UN COLEGIO MAYOR-RESIDENCIA

—¿En qué consiste el plan trazado?

—Repito que no puede ser más ambicioso, contesta el doctor Civeira, encariñado con el proyecto que nos muestra. El plan general comprende la modernización de los tres edificios o cuerpos de que dispone la Facultad; construcción de un Colegio Mayor-Residencia para internos y graduados que estudien especialidades, y varias cosas más.

Por lo que afecta al Colegio Mayor, éste será instalado en el solar que da frente al Paseo de Calvo Sotelo, del que estará separado por una amplia y artística verja, y rodeado de jardines. Con ello se embellecerá esta parte tan céntrica de la Gran Vía zaragozana, desapareciendo los antiestéticos tapiales que hay junto al edificio de Aviación.

—El edificio destinado a anatomía, nos ha dicho el decano de la Facultad, también será modernizado y remozado totalmente, ya que es el peor de los tres de que consta la Facultad.

Teniendo en cuenta el ritmo que llevan las obras de construcción de la nueva Facultad de Ciencias en terrenos de la Ciudad Universitaria, hemos preguntado al doctor Civeira qué destino se dará a la parte del edificio que, dentro de la de Medicina, ocupa aquélla.

—Creemos que dentro de un par de años, la Facultad de Ciencias funcionará en el lugar que tiene reservado. En los locales que hoy ocupa, se montarán las oficinas generales, biblioteca y hemeroteca, un amplio salón para conferencias y reuniones, aulas para las clases locales para esparcimiento de los estudiantes, el departamento de Medicina experimental animal y, sobre todo, unos grandes y modernísimos laboratorios, y la farmacia.

LAS CLINICAS

A juzgar por lo que vemos en el proyecto del señor Borobio, y escuchando las manifestaciones del decano de la Facultad, al edificio destinado para las Clínicas, se ha dedicado una especialísima atención. No en balde es lo fundamental de toda Facultad de Medicina.

—Efectivamente, agrega el doctor Civeira, pensamos montar unas clínicas universitarias que puedan servir de modelo a las Universidades españolas; siendo de elogiar la comprensión e inteligencia del arquitecto señor Borobio, que ha logrado plasmar y resolver en el proyecto todas las necesidades del momento, aprovechando, como es lógico, lo ya existente, para reducir el costo muy cuantioso de la obra.

Los enfermos estarán en magníficas salas, en las que habrá un departamento individual para los casos graves y aquellos otros en que se haga precisa la separación del paciente del resto de sus compañeros de habitación.

TRES ETAPAS

—¿En qué tiempo se piensa realizar este plan?

—Se han previsto tres etapas para la transformación total de la Facultad de Medicina. La primera, ya iniciada, durará unos diez meses. Como resultado de la misma serán elevadas dos plantas en un ala del edificio; serán arreglados todos los consultorios, tomando como modelo los que se hicieron hace dos años; se instalará el departamento de recuperación y será construída la nueva capilla.

Todo esto afecta a la parte del edificio que hasta ahora se destinaba a clínicas; proyectándose también en la parte superior una magnífica residencia para ayudantes sanitarios femeninos, dotada con todos los medios y el confort de este tipo de edificaciones.

LA NUEVA CAPILLA

—¿Dónde irá emplazada la nueva capilla?

—La fachada principal dará a la calle del doctor Cerrada, y conservará en lo exterior el mismo estilo arquitectónico de todo el conjunto con el que ha de armonizar. El interior tendrá varias plantas, con acceso desde las distintas naves de clínicas, a fin de que los enfermos, con absoluta independencia del público en general, puedan penetrar en aquélla con toda comodidad, incluso en las propias camillas. Esta capilla irá elevada sobre unos pilones, permitiendo el aparcamiento de vehículos en la parte baja.

Como novedad, nos ha manifestado don Fernando Civeira, que en la parte baja del ala del edificio a que nos hemos referido, habrá un refectorio y cafetería para el servicio de los estudiantes y del personal de la Facultad, siendo de subrayar que todos los edificios estarán comunicados entre sí por grandes galerías subterráneas.

* * *

Por hoy creemos que basta con lo escrito para que los lectores se percaten del vasto plan de obras que se ha iniciado en nuestra Facultad de Medicina; obras a las que, en su día, dedicaremos la atención que merecen y que han de contar, sin duda alguna, con la máxima simpatían no sólo de esa nutrida y compleja población estudiantil que ha de formarse en las aulas del prestigioso Centro Universitario, sino de los zaragozanos en general, ya que nuestra capital, en definitiva, ha de beneficiarse de un Centro que, además de darle prestigio y solera, supone anualmente cerca de diez millones de pesetas para la economía de Zaragoza.

Antes de poner punto final, nuestra gratitud más sincera al decano de la Facultad, el ilustre doctor don Fernando Civeira Otermín, que tan encariñado se muestra con estas obras, bien seguro de que, efectivahente, suponen la total y completa renovación de nuestra Facultad, para transformarla quizá en la mejor de España.

S. González y Gómez.

VISITARON LA CIUDAD LOS ASAMBLEISTAS DE TERMALISMO

Se celebró recientemente la «Asamblea de Delegados de la Federación Internacional de Termalismo y Climatología», que tuvo lugar en Madrid.

Han asistido a esta asamblea delegados de los principales balnearios europeos. Representantes de Suiza, Italia, Austria, Suecia, Alemania y otras naciones han convivido con sus colegas españoles en unas memorables jornadas.

Atendidos esmeradamente por la Dirección Nacional de Turismo, han visitado varios balnearios españoles y puntos de acentuado interés turístico. Sus últimas visitas han sido al Escorial y al Valle de los Caídos.

A su paso por nuestra ciudad, donde fueron atendidos por el Sindicato de Hostelería, visitaron los lugares de interés y fueron después obsequiados con una comida y festival de jota aragonesa, en el restaurante de la Feria de Muestras.

NUEVA JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA

Finalizó el III Congreso Hispanoportugués de Cardiología, que se ha celebrado en la Universidad Internacional «Menéndez y Pelayo», de Santander. Con anterioridad al acto de clausura, que fue muy breve, se celebró la elección de la nueva junta directiva de la Sociedad Española de Cardiología.

Resultaron elegidos los siguientes señores: presidente, doctor don Luis Trías de Bes, de Barcelona; vicepresidente, doctor don Francisco Vega Díez, de Madrid; secretario, doctor don Luis Peinador del Hoyo, de Madrid; bibliotecario, doctor De la Hoz, de Madrid, tesorero, doctor Losada Truloc, de Madrid, y vocales los doctores Lamelas, de Santander, y Bueno, de Madrid.

VIDA MEDICA NACIONAL

SE REDUCE EL PLAN DE ESTUDIOS DE LA LICENCIATURA DE MEDICINA

En virtud de los informes recibidos, el Ministerio de Educación Nacional ha publicado un Decreto por el que se reduce el plan de estudios del período de Licenciatura en la Facultad de Medicina.

LA FEDERACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

En los primeros días del mes actual, se han celebrado en Barcelona, con un gran éxito, las tareas de la «Federación Mundial de la Salud Mental».



El profesor Ramón Sarró, catedrático de la Facultad de Medicina de Barelona y Presidente de Honor de la reunión

A esta importante reunión, celebrada en el edificio de la Facultad de Derecho de la Ciudad Universitaria catalana, han asistido unos cuatrocientos congresistas, pertenecientes a treinta países, entre ellos, los doctores Hans Hoff, profesor de Neurología y Psiquiatría de la Universidad de Viena; Donald F. Buckle, Frank Fremont-Smith, de New-York, etc.

HOMENAJE AL DOCTOR REMENTERÍA

En la localidad de Deva se celebró un homenaje al ilustre médico y cirujano don José María Rementería Aberásturi, presidente de la Academia de Cirugía de Madrid, con motivo de haber sido nombrado por el Ayuntamiento de Deva hijo predilecto de la villa.

El acto tuvo carácter popular y fue presidido por las autoridades. Al mismo se sumó todo el vecindario. También asistieron numerosas personalidades de la Medicina española, llegadas de Madrid y diversas provincias. En la casa solariega donde nació el doctor Rementería fue descubierta una lápida en la que se perpetúa el homenaje.

EL DOCTOR BOSCH MARÍN, EN MUNICH

Acaba de celebrarse en Munich el «VI Symposium europeo contra la poliomielitis», que se ha visto muy concurrido.



España ha sido representada por el doctor don Juan Bosch Marín, jefe de Puericultura de la Dirección General de Sanidad y vicepresidente de la Asociación europea contra la poliomielitis; el secretario del Comité español, doctor don Enrique Bravo; el jefe del Servicio de poliomielitis de Sanidad de Barcelona, doctor Sales Vázquez, y otros especialistas.

NECROLOGÍA

A la edad de 93 años, ha fallecido en Milán el que fue en otro tiempo director de la Clínica Médica Universitaria, profesor Luigi Zoja, notable maestro, particularmente versado en los problemas de la fisiología hepática y pancreática, y orientador y jefe de una floreciente escuela médica.

DE PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

LOS DOS ULTIMOS AÑOS EN LA SECCION DE VIDA

La sección de Vida es una de las dos básicas de nuestra mutualidad. Cuando su fundación, sólo se consideraron necesarias ésta y la de Invalidez; la primera, en remembranza de las antiguas ayudas mutuas de los gremios y profesiones, en caso de fallecimiento, y sigue siendo la que marcha en cabeza. Aun cuando sus subsidios se hallen algo rezagados, en relación con el coste actual de la vida.

La curva de mortalidad, que en los años 1956 y 1957 se desvió en sentido ascendente, en 1958 volvió a manifestar un descenso, que desde luego no alcanza al de 1955. La cifra lograda, de 9'50 por ciento, tomada sobre los grupos obligatorios, se puede considerar como estacionaria y media, salvo presentación de cataclismos, epidemias, etc. Sus desviaciones no alarman, porque la marcha de la sección es una de las más brillantes que tiene en funcionamiento la mutual, y probablemente la más necesaria.

En la mortalidad se observa us ligero aumento en los grupos III y IV, que se explica por el envejecimiento progresivo de los asociados inscritos en ellos; pero como se trata de hecho actuarialmente previsto, con dicha tendencia no existe peligro alguno para las reservas acumuladas; que lo han sido como consecuencia del estudio realizado para garantizar, en todo momento y sin aumento de cuotas, la mayor mayor mortalidad que se pueda producir en el futuro.

El importe total de los subsidios abonados fue de casi 11 millones de pesetas en 1957, y 9 millones y medio en 1958. Los capitales inscritos ascendían en 1958 a 1.115.380.000 de pesetas.

Como en las demás secciones de la mutualidad, se nota también gran diferencia entre el número de inscripciones del grupo II, último obligatorio, y el III, primero de los voluntarios —de 27.561 a 11.725—. La distancia irá aminorándose al establecerse el III como obligatorio; y entonces el fenómeno se reproducirá entre éste y el IV.

El grupo XIX ha conseguido su estabilización al llegar a 1.126 inscripciones, que continúan aumentando; en tanto que ha tenido una sola baja en 1958. Pero el número de inscripciones resulta muy escaso, en relación con el total de mutualistas. un esfuerzo, siempre recompensado en el bienestar de los seres más queridos, sangre de la propia sangre, es muchísimas veces cuestión de voluntad.

Los subsidios de los grupos V al XIX han quedado cubiertos, con exceso, en 1958, por los intereses producidos de las reservas; con lo que las cuotas han pasado íntegras a incrementar las correspondientes a dichos grupos.

Los subsidios del grupo I se repartieron entre 201 asociados fallecidos antes de los 70 años de edad y 219 que los percibieron en vida al cumplir aquélla. ¡Más de la mitad de supervivientes al llegar a la edad de jubilación! Esta longevidad, que favorece a la sección de Vida y permite mejoras y beneficios como los obtenidos y los que se estudian, se refleja en perjuicio sobre la de Vejez.

A pesar de la excelente marcha de la sección de Vida, no alienta, por el momento, a la creación de nuevos grupos, que desde luego ofrecerían otras características en los subsidios. Se espera, para poder formar conveniente juicio previo, conocer antes las reacciones de los mutualistas con la implantación del Montepío del personal sanitario de la administración local.

Dr. J. Luis Yagüe y Espinosa

ADELANTOS EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER

En el Hospital de St. Thomas, de Londres, se inauguró recientemente una nueva sala de radioterapia para el tratamiento del cáncer. Dicha sala incluye una cámara de presión en forma de cilindro de 6'6 metros, que mantiene una atmósfera de oxígeno a elevada presión.

Según se opina, esta sala es única en el mundo en su género. Esta nueva forma de tratamiento, usando tal aparato, fue proyectada en dicho hospital por un equipo de científicos compuesto por dos radiólogos, un anestesista, un carcerólogo, un físico y un ingeniero de electrónica. Tal equipo fue el creador de este tratamiento en su forma actual, y el cual ha sido adoptado por grupos similares en University College Hospital, de Londres, y otros establecimientos médicos en Australia, Estados Unidos y Europa.

Durante el tiempo de irradiación el enfermo no puede ser visto y nadie puede permanecer en la sala de tratamiento, ya que, en realidad, lo que sucede es que el paciente es anestesiado y colocado en la sámara de presión. Se observan sus reacciones a través de lecturas que registran respiración, circulación de la sangre, presión arterial y ondas cerebrales.

La técnica descrita ha sido usada en más de ochenta pacientes, sin experimentar ningún contratiempo. Su instalación y administración se deben a fondos proporcionados por la Campaña del Imperio Británico contra el Cáncer.

CURSOS

II CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO DE BRONCOSCOPIA Y BRONCOLOGÍA

Del día 22 al 31 de octubre próximo se celebrará en el Sanatorio Victoria Eugenia, de Madrid, un curso de broncoscopia y broncología, dirigido por los doctores F. Blanco Rodríguez y F. J. Guerra Sanz, con la colaboración de los doctores J. Alix Alix, J. Abello Pascual, Bieto, A. Castella Escabrós, F. Coll Colomé, C. Martínez Bordíu, G. Montes Velarde, L. Nistal Luengo, L. Prieto Fernández, J. Rodríguez Puchol, F. Sanz Redondo y J. Zapatero Domínguez.

En este curso, que tendrá una orientación eminentemente práctica, los cursillistas dispondrán del material suficiente para la realización de broncoscopia y broncografía.

El número de inscritos para las prácticas no excederá de diez. El precio de la matrícula es de 1.500 pesetas.

Para información e inscripciones dirigirse a la Dirección del Sanatorio Victoria Eugenia, Tetuán de las Victorias, Madrid.

CURSO SOBRE REHABILITACIÓN FÍSICA DEL APARATO LOCOMOTOR PARA AUXILIARES SANITARIOS

La vital importancia que hemos otorgado a los problemas de rehabilitación del aparato locomotor, unido al enorme auge que éstos han tomado últimamente en España, nos obliga, ya que disponemos de suficiente experiencia, enfermos y monitores, a la realización del presente curso, que se celebrará en el Servicio de Traumatología, Huesos y Articulaciones, del Hospital Provincial de Madrid, y que durará de octubre de 1959 a junio de 1960.

Se aceptan dos tipos de cursillistas: asistentes y oyentes.

Asistentes: Este grupo estará limitado a doce, y trabajarán diariamente en nuestro Servicio desde las nueve de la mañana a las dos de la tarde, ocupándose de los diversos aspectos de la rehabilitación, bajo la dirección de profesores, médicos y monitores. Asistirán igualmente a las lecciones teórico-prácticas y conferencias que se darán los miércoles y sábados, respectivamente, de nueve a doce de la mañana.

Oyentes: En número de doce, también podrán realizar el curso, asistiendo exclusivamente a las lecciones teórico-prácticas y conferencias de los miércoles y sábados.

Tanto unos como otros, al inscribirse deberán adjuntar los derechos de matrícula, la filiación, títulos de practicante, enfermera o ayudante facultativo, lugar de trabajo y cuantos datos puedan facilitar la selección.

Las lecciones teórico-prácticas estarán a cargo de los médicos y monitores del Servicio, y en ellas se explicarán los temas, cuyo programa se adjunta. Cada tema se desarrollará en las lecciones que sean necesarias.

En las conferencias de los sábados, colaborarán con el doctor Sanchís-Olmos los profesores: Blanco Argüelles, Díaz González, Gil y Gil, Gómez Oliveros, Orts Llorca, Sánchez Bordona, y otros profesores nacionales y extranjeros, que disertarán sobre diversos aspectos técnicos y sociales de la rehabilitación física.

Programa.—Los temas que se desarrollarán en las lecciones teórico-prácticas de los miércoles son los siguientes:

1. Los conceptos modernos de fisioterapia, rehabilitación y similares. Bases científicas de la reeducación funcional.
2. Fisiología muscular.
3. Sistema de valoración de la potencia muscular.
4. Fisiología y mecánica articulares. Arcos de movimiento.
5. Fisiología de la piel y órganos auxiliares de los músculos.
6. Función respiratoria.
7. Tronco. esqueleto. Articulaciones. Músculos. Arcos de movimiento. Reeducación.
8. Hombro: extremos óseos articulares. Aparato cápsuloligamentoso. Arcos de movimiento. Función muscular. Reeducación.
9. Codo. extremos óseos articulares. Aparato cápsuloligamentoso. Arcos de movimiento. Función muscular. Reeducación.
10. Antebrazo: extremos óseos articulares. Aparato cápsuloligamentoso. Arcos de movimiento. Función muscular. Reeducación.
11. Mano: extremos óseos articulares. Aparato cápsuloligamentoso. Arcos de movimiento. Función muscular. Reeducación.
12. Cadera: extremos óseos articulares. Aparato cápsuloligamentoso. Arcos de movimiento. Función muscular. Reeducación.
13. Rodilla: extremos óseos articulares. Aparato cápsuloligamentoso. Arcos de movimiento. Función muscular. Reeducación.
14. Pie: extremos óseos articulares. Aparato cápsuloligamentoso. Arcos de movimiento. Función muscular. Reeducación.
15. Estudio analítico de la marcha.
16. Postura y estática.
17. Defectos posturales del tronco y de la extremidad inferior.
18. Masaje: técnicas. Indicaciones y contraindicaciones.
19. La mecanoterapia en la rehabilitación física.
20. La electroterapia en la rehabilitación física.
21. La hidroterapia en la rehabilitación física.
22. La rehabilitación de los fracturados.
23. La rehabilitación de los enfermos reumáticos.
24. La rehabilitación de los poliomielíticos.
25. La rehabilitación de los hemipléjicos.
26. La rehabilitación de las parálisis cerebrales infantiles.
27. La rehabilitación en otras enfermedades del aparato locomotor.
28. Reeducación postural y de la marcha.
29. Psicoterapia y rehabilitación física.
30. Problemas sociales de la rehabilitación.

Los derechos de inscripción para ambos grupos son de 1.000 pesetas, y las solicitudes deberán dirigirse a la señorita María Luisa Varela, sala 4.ª del Hospital Provincial, Santa Isabel, 52, durante todo el mes de septiembre.

Realizada la selección, a los que resulten excluídos se les devolverá el importe de la matrícula.

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN PARA POSTGRADUADOS EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

El Servicio de Traumatología, Huesos y Articulaciones, del Hospital Provincial de Madrid, ha organizado este curso, que se llevará a cabo de octubre de 1959 a junio de 1961, con arreglo al siguiente programa de trabajo:

Las leyes y decretos aparecidos en relación con la especialización médica no han determinado las normas y programas a que debe ajustarse la enseñanza para postgraduados.

Un hecho parece evidente hasta ahora: la exigencia de una escolaridad mínima de dos años.

De acuerdo con ella, nuestros cursos de especialización durarán a partir de este curso, dos años como mínimo.

Los que ya hicieron con nosotros un curso, podrán pasar directamente al segundo curso actual, y los que se matriculen por primera vez constituirán el alumnado del primer año.

Será condición necesaria para obtener el diploma la asistencia diaria al Servicio, por cuyas diversas secciones pasarán rotatoriamente los alumnos, de la siguiente forma:

Sala 4.ª, mujeres y quirófano: primer año, dos meses; segundo año, dos meses. Sala 9.ª, hombres y quirófano: primer año, dos meses; segundo año, dos meses. Consultorio: primer año, un mes; segundo año, dos meses. Ambulatorio poliomielitis: primer año, un mes; segundo año, un mes. Escoliosis: primer año, un mes; segundo año, un mes. Anatomía patológica: primer año, un mes. Rehabilitación: primer año, un mes; segundo año, un mes.

Las lecciones teóricas corresponderán al siguiente programa genérico:

Primer año: «Deformaciones congénitas y estáticas», «Distrofias óseas y articulares», «Tumores», «Infecciones osteo-articulares», «Tuberculosis», «Fracturas», «Exploración funcional», «Exploración radiológica».

Segundo año: «Poliomielitis», «Reumatismos», «Patología de las fracturas», «Técnicas operatorias», «Rehabilitación física».

Al final del curso se realizará un examen, cuyo resultado se acreditará.

Los derechos de inscripción del curso (los dos años), ascienden a 4.000 pesetas, admitiéndose un máximo de diez inscripciones.

Al solicitar la inscripción, deberán enviar un certificado de estudios universitarios (calificaciones en las asignaturas, premios, etc.). Los alumnos serán elegidos por méritos entre los solicitantes.

Las inscripciones y correspondencia se dirigirán a la señorita María Luisa Varela, Sala 4.ª del Hospital Provincial de Madrid. Los derechos, en la Administración del Hospital Provincial.

XXI CURSO DE UROLOGÍA PARA POSTGRADUADOS

El presente curso, que tendrá lugar durante el mes de noviembre de 1959, será desarrollado en el Instituto de Urología del Hospital de la Santa Cruz y San Pabo, Pabellón de la Asunción, dirigido por el doctor A Puigvert, con los médicos del Instituto doctores: A. Moya, A. Cols, A. Mas Oliver, I. Ponce de León, F. Solé Balcells, J. M.ª Pomerol, J. Solé Müllner, J. M.ª Cols, F. Doménech, G. del Río, J. M.ª Olivé, M.ª T. Reus, C. Muiños y C. Elizalde, y la colaboración extraordinaria de los profesores doctores V. Carulla, R. Casanellas y A. Rocha (Barcelona), doctor Alvarez Coca (Bilbao), y los antiguos discípulos del Instituto, doctores Junquera Villa (Oviedo) y E. Bilbao (Bilbao).

Cáncer en Urología. Novedades diagnósticas y terapéuticas: 1.º, «Tumores renales»; 2.º, «Tumores perirrenales»; 3.º, «Tumores pieloureterales»; 4.º, «Tumores vesicales»; 5.º, «Tumores de la próstata»; 6.º, «Fisioterapia en los tumores genito-urinarios».

II Cursillo de Nefrología.—1. «Alteraciones cardíacas en las glomerulonefritis»; 2. «Trombosis de la vena renal»; 3. «Nefritis con pérdida de sal»; 4. «Dietética de los nefrópatas»; 5. «Aortografía».

II Cursillo de Laboratorio Urológico.—1. «Espermatograma»; 2. «Determinación de la fructosa en el eyaculado»; 3. «Biopsia testicular»; 4. «Gonadotrofinas y 17-cestosteroides»; 5. «Interpretación clínica de los exámenes de laboratorio en la esterilidad masculina».

Finalizado el curso, los inscritos podrán seguir un período de especialización urológica en los distintos departamentos del Instituto.

Para informes e inscripciones, en la Secretaría del Instituto de Urología, Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Barcelona (9), España.

CURSOS DEL INSTITUTO DE UROLOGÍA DE BARCELONA

Este Instituto, que dirige el doctor A. Puigvert, prepara los cursos siguientes:

Curso 1959-1960.—Noviembre 1959: XXI Curso Monográfico para Postgraduados sobre «Cáncer en Urología».

Abril 1960: XXII Curso Monográfico para Postgraduados sobre «Novedades de la Cirugía urológica».

Los cursos monográficos, de seis días de duración, son de plena dedicación desde las ocho y media de la mañana a las siete de la tarde, y completados con cursillos complementarios de nefrología, endoscopia, urografía y laboratorio.

Los inscritos en el curso, cuyo número es limitado, pueden seguir prácticas en el Instituto durante seis meses.

Curso anual de especialización urológica. Enero a abril de 1960.—Horario de trabajo: Dos lecciones teóricas semanales. Lecciones prácticas: lunes, visita clínica en departamento H. Miércoles, visita clínica en dispensario. Jueves, sesión clínica y revisión de historias. Viernes, visita clínica en departamento M. Martes y sábados, sesión operatoria.

En los estudios clínicos y tratamientos quirúrgicos asisten los alumnos inscritos.

Para completar la información, dirigirse a la Secretaría del Instituto de Urología, Pabellón de la Asunción, Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Barcelona (9) - España.

DIVERSAS

EL COLEGIO DE MÉDICOS ROMANO ACONSEJA QUE NO SE ESTUDIE MEDICINA

Un singular y original manifiesto ha aparecido pegado, y lo está aún, en los muros de la Facultad de Medicina y demás centros de enseñanza media de Roma. Se trata de una invitación que, de acuerdo con la Facultad, dirige el Colegio de Médicos romano a todos los estudiantes en trance de elegir una carrera universitaria. Con ella se quiere disuadirles de optar por la Medicina. El doctor Carlos Prandi, presidente del citado Colegio y firmante del manifiesto, pone a los presuntos médicos futuros los puntos sobre las «íes», antes de que se decidan a matricularse. «Pensadlo bien hoy —dice en el manifiesto—, para no correr el riesgo de deplorarlo mañana.»

Ni que decir tiene que dicho manifiesto, un tanto peregrino, ha sido motivado por la plétora profesional que en el campo de la Medicina existe en Italia. La precaria situación en que se debate la profesión, se advierte también a los estudiantes, se debe al alto porcentaje de médicos —el más elevado de los seis países integrados en el Mercado Común— en relación con las cifras demográficas. Para desanimarlos aún más, se dan datos comparativos. En Italia, se afirme crudamente y sin rodeos, para una población de 49.900.000 habitantes, hay 74.961 profesionales de la Medicina; o sea, que por cada 665 habitantes hay un médico. Bélgica, en cambio, cuenta con 8.700, para un censo de 8.900.000 habitantes, tocando a uno por cada 1.023; Francia, a su vez, con una población de 43.900.000, tiene sólo 42.265 galenos; es decir, uno por cada 1.040 habitantes. A los holandeses les toca uno para 1.022; a los alemanes, uno por cada 730. En el último lugar se encuentra Luxemburgo, en cuyo territorio ejercen solamente 250 profesionales, para una población de 285.000 habitantes, estando en la relación de uno a 1.140.

Pero aquí no acaban todas las cuitas de los médicos romanos. El manifiesto revela que en la provincia de Roma, con una demografía de 2.550.000 habitantes, ejercen la Medicina 8.495 profesionales, o, lo que es decir lo mismo, que a cada uno le corresponde la baja cifra de 300 romanos. Por otro lado, los alumnos matriculados actualmente en los seis cursos de la Facultad de Roma, hacen un total de 3.525.

El manifiesto presenta, además, el porvenir que les espera si, a pesar de todo, se deciden por esta carrera. Los seguros de enfermedad van en aumento.

Según las estadísticas estatales, el número de italianos asegurados pasan de los 37 millones. En la provincia de Roma quedan pocas personas que de un modo u otro no estén asistidas por alguna entidad aseguradora. Naturalmente —se añade—, los puestos en los ambulatorios de las distintas entidades de tipo médico son prácticamente inaccesibles. Las posibilidades de absorción por parte de los hospitales romanos son también limitadas. Este es el panorama que el manifiesto se encarga de oscurecer más todavía con algunos otros considerandos, para venir a decir directamente a los estudiantes: «Esta es la situación. Ahora, sacad vosotros las consecuencias oportunas».

Piero SCHIAFFINO
(«Europa Press»)

AUMENTA LA POLIOMIELITIS EN AMÉRICA

Los casos de poliomielitis comprobados en los Estados Unidos durante el año 1958, han aumentado en el cincuenta por ciento respecto al año precedente. En el pasado año se registraron 3.112 casos de infección, frente a 2.176 habidos en 1957.

El Servicio de Sanidad Pública de Norteamérica ha comunicado que sin el empleo de la vacuna Salk, en 1958 se habría visto un excepcional recrudecimiento de esta enfermedad.

ZARAGOZA, 15 OCTUBRE 1959

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

LA GRAN FECHA MARIANA DEL 12 DE OCTUBRE

El **doce de octubre** es para Zaragoza y para España, para los aragoneses y para los españoles, la fecha cumbre de su vida; es la fecha que representa la manifestación de un sentimiento que a todos nos une y la fecha que señala la fiesta universal de cuantos pueblos hablan nuestro idioma.



Cuadro atribuído a Goya, que se conserva en su sala de nuestro Museo Provincial

España y el Pilar son dos eslabones inseparables. El Pilar de la Virgen, la Virgen del Pilar, es el emblema de la grandeza de España, es el sello de nuestra predestinación, que va indisolublemente unido a toda nuestra vida.

Con razón escribía Amado Nervo:

Por eso gallarda y sola
tu imagen, con su aureola
de prestigio secular,
debiera siempre radiar
en la bandera española.

Con Zaragoza, con Aragón con España y con todos los pueblos hispanos, rendimos nuestro tributo de amor en este **doce de octubre**, a nuestra Santísima Virgen del Pilar.

VIDA MEDICA LOCAL

LA FIESTA DE SAN COSME Y SAN DAMIÁN

Con ocasión de celebrarse en el santoral de festivos la de los Santos Cosme y Damián, patronos de la Hermandad Médico-Farmacéutica de nuestra ciudad, dicha asociación católica organizó diversos actos. En el altar mayor de



Los Santos Médicos Cosme y Damián. Imágenes del siglo XVI, pintadas en cobre, de origen veneciano, propiedad de don Ricardo Horno Liria.

la iglesia del Hospital de Nuestra Señora de Gracia fue oficiada una misa por el reverendo señor consiliario de la Hermandad. Predicó el ilustrísimo señor don Hernán Cortés, deán del Cabildo Metropolitano, quien, tras de recordar los milagros curativos de estos dos santos y su constancia en sufrir el martirio por la fe de Cristo, dedujo la norma de vida del médico y farmacéutico católico en el medio de vida actual. Hizo un acabado estudio de la ciencia médica y su relación con la moral.

Presidieron los actos el presidente de la excelentísima Diputación, doctor don Antonio Zubiri Vidal, con el general jefe de Sanidad, doctor don José Salarrullana; el rector magnífico de la Universidad, doctor don Juan Cabrera Felipe; el decano de la Facultad de Medicina, doctor Civeira; presidente del Colegio Oficial de Médicos, doctor don Ramón Celma, y doctor Val-Carreres, por el Cuerpo de Médicos del Hospital Provincial, que se hallaban en el lado del Evangelio, en la vía sacra.

Frente a éstos, en el lado de la Epístola, estuvieron los presidentes honorarios de la Hermandad, doctores Esteban Azpeitia y Antero Noailles, tras de los cuales se colocaron los miembros de la junta directiva actual.

La iglesia se vio completamente llena de médicos y farmacéuticos zaragozanos, que con sus familiares se unieron a estos actos religiosos.

NECROLOGÍA

HA FALLECIDO EL DOCTOR TERESA BEDERA

El día 10 falleció cristianamente, como siempre había vivido, y rodeado de todos sus hijos y familiares, el doctor don José Teresa y Bedera.



Brillante alumno de esta Facultad y condiscípulo de una promoción notable, se inclinó desde muy joven a la práctica de la cirugía general, en la que llegó a obtener una destacada situación, ganando por oposición la plaza de cirugía de la Beneficencia Provincial de Teruel, donde llevó a cabo durante largos años una labor gigantesca y meritísima. Desempeñó también en aquélla ciudad la presidencia del Colegio Oficial de Médicos, siendo su actuación favorablemente ensalzada por todos sus compañeros, participando también en todas las reuniones científicas que se celebraron en Aragón.

Durante nuestra campaña liberadora trabajó intensamente al frente de un equipo quirúrgico móvil, pasando después al Hospital Costa, en Zaragoza, hasta el término de la guerra, después de una labor agotadora.

Era académico corresponsal de nuestra Real Academia, a la que asistía frecuentemente, y donde presentó algunos meritorios trabajos.

Hombre de gran bondad, extraordinaria simpatía y de agradable trato social, era persona sumamente apreciada y querida por cuantos le trataban, y un gran caballero.

Gran amigo de esta Casa desde sus años juveniles, en los que participó activamente en las primeras épocas de esta revista, su recuerdo y el afecto que supo inspirar permanecerán siempre presente entre nosotros.

A todos sus familiares, y en especial a su hijo político, doctor Angel Duplá, y a su sobrino, doctor Antonio Marraco, transmitimos nuestro profundo y sincero sentimiento por esta muerte, que nos priva de un gran amigo y de un consejero y alentador a quien escuchamos siempre con respeto y afecto.

R. H. L.

SE INAUGURÓ EL CURSO EN NUESTRA UNIVERSIDAD

El día 10 se inauguró el curso en nuestra Universidad, presidida por el director general de Enseñanzas Técnicas, don Gregorio Millán, al que acompañaron el Rector de la Universidad, con las autoridades militares, civiles y eclesiásticas de nuestra ciudad.

La lección inaugural estuvo a cargo del catedrático de la Facultad de Filosofía y Letras, doctor don Vicente Blanco, que presentó un magnífico tratado sobre el tema «La lengua latina en las obras de San Agustín», donde con erudición y recto criterio desentrañó los problemas del estilo agustiniano, cuya sintaxis expuso como obra perfectamente clásica.

A continuación, se entregaron los premios a los alumnos que lo merecieron en el curso anterior.

Finalmente, en esa sesión inaugural le fueron ofrecidas e impuestas las insignias de la Gran Cruz del Mérito Civil, al Magnífico Rector, don Juan Cabrera, que tan alta labor docente ha llevado a cabo en la Facultad de Ciencias de nuestra Universidad, como recordó al imponerle al doctor Cabrera la condecoración, el director general de Enseñanzas Técnicas en representación del ministro de Educación Nacional.

FIGURAS DE ACTUALIDAD

El doctor don **Vicente Peg**, profesor agregado de la cátedra de Fisiología de esta Facultad, y activo colaborador de estas páginas, a quien le ha sido concedido el premio extraordi-



nario del doctorado, por su meritísimo trabajo sobre «Bioquímica de los barbitúricos».

Nos satisface y participamos plenamente en esta distinción justamente concedida a Vicente Peg, que premia así una labor y una vocación de muchos años, acreditada en el laboratorio y en la enseñanza.

NUEVO TITULAR DE LA CÁTEDRA DE ANATOMÍA

En virtud de disposición oficial, por concurso de traslado ha sido designado para ocupar la primera cátedra de Anatomía y Técnica Anatómica el doctor don José Escolar García, que hasta la fecha desempeñaba esta cátedra en la Facultad de Granada.



El profesor Escolar, que se formó en esta Universidad y que cuenta en nuestra ciudad con grandes simpatías, vuelve de nuevo a sus aulas rodeado de un prestigio sólidamente ganado con un trabajo firme y continuado. Al darle la bienvenida, le deseamos nuevos y grandes éxitos en su labor científica y docente.

CURSOS

CURSO DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

Se celebrará este curso en la Facultad de Medicina de Madrid, y con arreglo a las nuevas normas establecidas, la enseñanza teórico práctica durará dos cursos académicos: 1.°, de «Traumatología», y 2.°, de «Ortopedia». La enseñanza comenzará el 1 de noviembre.

La enseñanza teórico práctica será dada por el profesor Martín Lagos, con la colaboración de los profesores adjuntos y jefes de servicio.

Los alumnos serán destinados a la distintas clínicas, así como al servicio de urgencia, en calidad de médicos adjuntos y colabobarán activamente en la resolución de los problemas diagnósticos, terapéuticos y de recuperación.

La asistencia a las clases y clínicas será obligatoria y los alumnos sufrirán al final del curso una prueba de aptitud.

La matrícula estará abierta en la secretaría de la cátedra del profesor Martín Lagos, en el Hospital de San Carlos, del 15 al 30 de octubre y el importe de la misma será: «Traumatología», 3.000 pesetas, y «Ortopedia», 2.000 pesetas.

PRIMER CURSILLO DE CIRUGÍA DE URGENCIA

Tendrá lugar en el Hospital Clínico Provincial de Sevilla, del 26 al 31 de octubre de 1959. El cursillo va destinado a médicos generales, postgraduados y estudiantes de clínicas, con arreglo al siguiente programa:

Día 26.—Profesor García Díaz: «El shock traumático».

Día 27.—Doctor Pera Blanco-Morales: «Las quemaduras»; profesor León Castro: «Las hemorragias».

Día 28.—Doctor Pera Blanco-Morales: «La sepsis»; profesor Díaz Rubio: «Las embolias».

Día 29.—Doctor Albert: «La conmoción cerebral»; profesor García Díaz: «El tórax agudo».

Día 30.—Doctor García Bravo-Ferrer: «Anurias y retención de orina»; profesor Zarapico: «Abdomen agudo».

Día 30.—Profesor García Díaz: «Deshidremias y disionemias».

La matrícula será de 20 alumnos para el curso completo teórico práctico, y de 40 para el teórico.

Al final del cursillo se les proveerá del correspondiente diploma.

En el cursillo colaboran los doctores Lorite, G. Goicoechea, Gómez de Terreros, Fernández, Mena, Romero Lizárraga, Relimpio, Torres, en calidad de profesores de los distintos grupos que han de formarse con los cursillistas, y asimismo de los distintos seminarios, bajo la dirección del doctor Casas.

Para informes, inscripciones y correspondencia, dirigirse a: Secretaria de la cátedra, Hospital Clínico y Provincial, Sevilla.

XII CURSO MÉDICO-QUIRÚRGICO DE PATOLOGÍA DEL APARATO DIGESTIVO

Este curso, como los anteriores, organizado por los Servicios del Hospital Provincial de Madrid y de la Clínica de Nuestra Señora de la Concepción, se celebrará en los Servicios correspondientes, durante todo el mes de noviembre, bajo la dirección de los doctores C. González-Bueno, H. G. Mogena, C. Marina Fiol, con sus colaboradores, y constará de conferencias, treinta y una lecciones-coloquios, seminarios en todos los días hábiles de duración del curso y pácticas de rayos X y de endoscopia, y de análisis clínicos.

CURSO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA DEL APARATO DIGESTIVO

Se celebrará en el Servicio Quirúrgico del aparato digestivo del profesor C. González-Bueno, del Hospital Provincial de Madrid, y en el Servicio Quirúrgico de digestivo de la Clínica de Nuestra Señora de la Concepción, bajo la dirección del profesor C. González-Bueno.

Los señores cursillistas ayudarán directamente en las intervenciones al jefe del Servicio, y en la segunda quincena practicarán las intervenciones ayudados por el jefe del Servicio o sus colaboradores.

Durante el curso de las intervenciones se explicarán las indicaciones y procederes técnicos de cada caso.

Normas generales.—El curso se celebrará desde el día 2 de noviembre al 5 de diciembre (inclusive) de 1959.

La cuota de inscripción para el curso médico es de tres mil pesetas.

El número de cursillistas quirúrgicos será de cuatro, que será cubierto por riguroso orden de presentación.

La cuota de inscripción para el curso quirúrgico es de diez mil pesetas.

El plazo de inscripción quedará cerrado el día 20 de octubre.

Las solicitudes de inscripción deberán dirigirse a la siguiente dirección: Secretaría particular del doctor González-Bueno, calle de Vllanueva, número 12, Madrid (España).

La secretaría remitirá recibo de la cuota y expedirá tarjeta de cursillista que le acredite como tal.

VIDA MEDICA NACIONAL

APERTURA DE CURSO EN LA UNIVERSIDAD DE MADRID

El día 5, en el paraninfo de la Universidad, se celebró la solemne apertura del curso académico 1959-60. Tras la misa de Espíritu Santo, a la que asistieron los decanos de las distintas Facultades, catedráticos y alumnos, se celebró el acto académico, que presidió el rector, señor Royo Villanova.

El jefe del distrito universitario de Madrid, señor Martín Villas, dió lectura a un mensaje del jefe nacional del SEU. Después, el catedrático de Farmacia, don Angel Santos Alvarez, pronunció el discurso de inauguración sobre el tema «Conceptos de regeneración metabólica y algunas de sus consecuencias objetivas», que fue muy aplaudido.

El rector, señor Royo Villanova, declaró inaugurado el curso en nombre del ministro de Educación Nacional.

MERECIDO HOMENAJE AL DOCTOR CARAZO

Recientemente, al ser nombrado presidente de la Diputación Provincial de Burgos, y cesar en la presidencia del Colegio Oficial de Médicos de aquella capital, el doctor don José Carazo y Calleja, ha sido objeto de un cálido y merecido homenaje por parte de todos sus compañeros, que le ofrecieron una artística placa, como recuerdo a su acertadísima y entusiasta labor en favor de la clase médica y su dignificación profesional.

También el gobierno nacional le honró, no hace mucho, con la Encomienda con Placa de Sanidad y con la de la Orden de Cisneros, y el gobierno francés con la designación de Caballero de la Legión de Honor.

A la vez que con toda satisfacción damos cuenta de estos éxitos, notablemente alcanzados por el ilustre ginecólogo burgalés, le transmitimos, con gran satisfacción, la más cordial enhorabuena.

ASOCIACIÓN DE ANTIGUOS ALUMNOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE GRANADA

La «Asociación de Antiguos Alumnos de la Facultad de Medicina de Granada» convoca a concurso la concesión de los premios «Pareja Yevenes», «Santo Reino», «Pérez Bryan» y «Torres López», consistente cada uno de ellos en el importe de un título de licenciado en medicina y cirugía, y a cuyos premios podrán optar quienes hayan finalizado sus estudios en el pasado curso 1958-59.

Para tomar parte en dicho concurso, los aspirantes que aún no sean asociados, deberán solicitar su ingreso como miembros de la citada asociación.

Se considerarán como méritos preferentes:

a) Expediente académico.

b) Carencia de medios económicos.

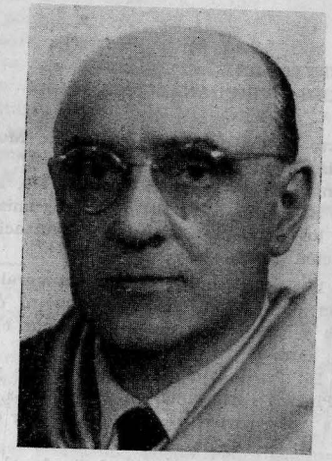
La asociación se reserva el derecho de someter a los aspirantes a las pruebas que estime oportunas.

Los interesados presentarán sus solicitudes, dirigidas el señor presidente de la asociación, en la secretaría de la Facultad de Medicina, dentro de un plazo que finalizará el día 15 del próximo noviembre.

La entrega de los correspondientes diplomas, se efectuará en la solemne sesión inaugural de la asamblea de la asociación, que, Dios mediante, se celebrará en Málaga, en el mes de diciembre próximo.

EL DOCTOR ARCADIO SÁNCHEZ INAUGURA EL CURSO EN LA FACULTAD DE VALLADOLID

Bajo la presidencia del rector, claustro de profesores y autoridades, se celebró la apertura del curso académico 1959-60 en la Universidad de Valladolid. El discurso de apertura estuvo a cargo del profesor don Arcadio Sánchez López, que trató de «Valoración, diagnóstico y terapéutica de la tuberculosis génito-peritoneal femenina». La brillante lección del ilustre catedrático de Ginecología y Obstetricia mereció elogiosos comentarios.



DISTINCIÓN AL DOCTOR OREJA

En San Sebastián, el Ministro de Justicia, don Antonio Iturmendi, ha impuesto las insignias de la Gran Cruz de la Orden de Isabel la Católica, al veterano médico guipuzcoano don **Benigno Oreja Elósegui**. Al acto asistieron el subsecretario de Justicia, señor Oreja Elósegui, autoridades locales y provinciales y numerosos médicos.

También le ha sido concedido el ingreso en la Orden Civil de Beneficencia al médico titular de la villa de Vergara, don Ramón Oyarzábal Iruretagoyena.

NUEVO CATEDRÁTICO DE LA FACULTAD GRANADINA

El doctor don Ramón Velasco Alonso, profesor adjunto de la Facultad de Medicina de Valladolid, ha ganado, tras oposición, la cátedra de Patología General de la Facultad de Medicina de Granada.

LA LEGIÓN DE HONOR, AL DOCTOR SÁNCHEZ COVISA

Por el gobierno francés, y a propuesta del embajador en España, ha sido ascendido al grado de oficial de la Legión de Honor, el ilustre doctor don Fernando Sánchez-Covisa, director del Hospital de San Luis de los Franceses.

INSTITUTO DE MEDICINA PSICOANALÍTICA

Dentro de las actividades del «Año Mundial para la Salud Mental» (W. M. H. Y. 1960), este Instituto (Avda. José Antonio, 579, Barcelona), ha celebrado y tiene en programa próximo los siguientes actos de divulgación y formación psicológica:

Día 19 de septiembre: Sesión inaugural. Proyección de las películas «Sentimiento de rechazo» y «Mentiras», presentadas por el doctor E. Grañén.

Día 26: Proyección y discusión de las películas «Pintura espontánea en Psiquiatría», «Van Gogh» y «Le voyageur», presentadas por el doctor J. R. de Otaola.

Día 3 de octubre: Sesión dedicada al «Grupo psicoterápico de ex alcohólicos», con proyección de la película «Retrato de un alcohólico», con presentación y comentarios a cargo del doctor E. Murcia.

Día 10: Sesión científica. Lectura y discusión de la comunicación «Psicoterapia en grupo en alcohólicos», por los doctores E. Murcia y J. Buñues.

Día 17: Proyección y discusión de la película «Sentimiento de depresión», presentada por el doctor E. Grañén.

Día 24: Proyección y discusión de la película «Sentimiento de Hostilidad», presentada por el doctor J. R. de Otaola.

Día 31: Proyección y discusión de la película «Sentimiento de sobreprotección», presentada por el doctor E. Grañén.

Para el mes de noviembre se proseguirá la presentación de películas, así como tendrán lugar conferencias dialogadas a cargo de los doctores R. Belmonte, L. Folch-Camarasa y J. de Moragas, sobre temas de la educación psicológica infantil y juvenil. La ilustración de las mismas se hará con los films recomendados por la «Federación Mundial de la Salud Mental».

DISTINCIÓN CIENTÍFICA AL DOCTOR PUIGVERT

En la segunda semana del mes de septiembre tuvieron lugar en el Berlín este-oeste las sesiones del XVIII Congreso de la Sociedad Alemana de Urología.

Los temas tratados fueron: «Ginecología urológica», «Las plastias intestinales en la cirugía urológica» y «Los problemas que la neumocirugía plantea en urología».

Asistieron al congreso la mayoría de los urólogos de lengua alemana, suecos, holandeses, suizos, y los españoles doctores Pérez Castro y A. Puigvert. Este último presentó una comunicación acompañada de una película en colores referente a la cirugía reparadora de la pelvis renal, siendo con tal motivo elegido miembro de la Sociedad.

NUEVO DISTINTIVO PARA LOS ESPECIALISTAS MÉDICOS MILITARES

El Diario Oficial del Ministerio del Ejército ha publicado una orden del Estado Mayor Central creando el distintivo para los poseedores de títulos de especialidades médicas.

Dicho distintivo es metálico, y sus dos aros concéntricos son dorados, de diámetro de 37 y 27 milímetros. El bastón y el áspid destacan en relieve dorado sobre círculo de esmalte rojo. También son doradas las letras de la leyenda y los rombos que separan las palabras de ésta, colocadas en la corona exterior, de esmalte azul.

Usarán la insignia todos los médicos militares que tengan títulos de especialidades, y lo ostentarán en el lado derecho del pecho, entre el primero y el segundo botón de la guerrera, y en el eje vertical del bolsillo superior de ésta.

PIO XII, UN AÑO DESPUES

Al transcurrir un año de su fallecimiento, «La Gaceta del Norte» dedica al recuerdo de su excelsa figura las siguientes líneas del editorial que reproducimos:

«**Pío XII** es ya una figura que pertenece a la Historia. Pero hoy todavía, a un año de distancia de aquel 9 de octubre que nos lo arrebató, sentimos el revivir de todos los sentimientos filiales que tuvimos para él durante los diecinueve años de su largo pontificado, y de la admiración que nos merecieron siempre,



de consuno, su santidad y su magisterio, y de la emoción con que hoy hace un año lloramos su muerte.

No olvidaremos fácilmente esta emoción, que no fue sólo nuestra, sino del mundo entero, fundidos en parejos sentimientos los creyentes y los no creyentes. «El mundo se ha empobrecido con su muerte», afirmó Einsenhower al conocer la pérdida del Papa grande y santo que fue Pío XII; y su expresiva sentencia era compartida por todo el mundo, consciente de la magnitud de la figura histórica que para la Iglesia y para la Humanidad representó el Pastor Angélico.

La distancia que nos va separando de él no empequeñece en nada su magnitud. Sirve, más bien, para que podamos apreciarla en todas sus colosales dimensiones. Desde estos días de Juan XXIII, que tan celosamente cuida de la grey cristiana avanzando por la misma línea trazada por el pontificado de su predecesor de feliz memoria, nos es posible ya comprender mejor tres aspectos riquísimos del gobierno de Pío XII, que corresponden —uno por uno— a los tres poderes propios del Vicario de Cristo, que es, a la vez, como el propio Jesús: Maestro, Sacerdote y Rey.

Como **Maestro**, Pío XII sigue todavía con nosotros en aquellos sus memorables discursos y cartas encíclicas en los que abordó siempre con acierto, punto menos que insuperable, todos los problemas —estrictamente religiosos o temporales relacionados con lo religioso— que se enredan en nuestro difícil presente. Difícilmente puede imaginarse un magisterio o más completo o más luminoso que el de Pío XII. Acertó a darnos una traducción moderna del Evangelio, proyectando sobre las variadísimas facetas de nuestro hoy sus verdades eternas.

Como **Sacerdote**, Pío XII inició en la Iglesia movimientos de espiritualidad que permanecen y permanecerán para siempre. Pensemos sólo en lo que representa el movimiento litúrgico y los institutos seculares, por citar sólo dos realidades espléndidas que alcanzaron su confirmación en sus días.

Y como **Rey**, Pío XII trazó para la Iglesia rumbos nuevos, dentro de la perennidad inmutable del Reino de Dios en la tierra, tanto en sus ordenaciones para la reforma de muchas instituciones eclesiásticas, como en sus normas para la acción misionera. Todas ellas han hecho posible el que su sucesor haya podido convocar a concilio a los pocos días de su muerte, para estudiar una serie de reformas en la vida de la Iglesia, a fin de ponerla a la altura que exigen los problemas de esta hora trascendental de la Historia.

Grande consideramos ya en la vida a Pío XII. Y cada día que nos distancia de los suyos, la verdad es que vemos más grande su colosal figura histórica.»

CONSTITUCIÓN DE LA SOCIEDAD LUSO-ESPAÑOLA DE PSICOANÁLISIS

En una reunión celebrada en Barcelona, ha quedado oficialmente constituída la Sociedad Luso-Española de Psicoanálisis. En ella se acordó por unanimidad elegir la siguiente junta directiva. presidente, doctor Pedro Bofill; vicepresidente, doctora Julia Corominas; secretario, doctor P. Folch-Mateu; tesorero, doctora Zamora, de Madrid. Y como socios fundadores asistieron la doctora Pertejo, de Valencia, y el doctor Rallo, de Madrid. Se hizo constar un voto de gracias al doctor Bofill por todos los esfuerzos y éxitos en organizar la sociedad y en la admisión de la misma en la Asociación Psicoanalítica Internacional.

VIDA MEDICA EXTRANJERA

NUEVO PREMIO AL DOCTOR SCHWEITZER

La extraordinaria obra científica y asistencial realizada por el doctor Albert Schweitzer en Lambarene (Africa ecuatorial), le valieron el Premio Nóbel de la paz en 1952. Ahora, el insigne médico francés ha sido distinguido con el Premio Sonning (fundado en 1936 por el periodista Christian Sonning), cuyo importe es de 100.000 coronas danesas, y que se concede al autor de la más importante tarea investigadora. El premio le ha sido entregado en el curso de una solemne ceremonia celebrada en la Universidad de Copenhague.

EL PROFESOR OLIVEIRA, PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD DE CIENCIAS

Para dar nueva actividad y orientaciones a la «Sociedad de Ciencias Médicas de Lisboa», ha sido designado el profesor Candido de Oliveira, catedrático de Bacteriología de la Facultad de Medicina de Lisboa y persona de gran relieve moral e intelectual y de notables méritos científicos. El ilustre profesor dirige también el Instituto Bacteriológico «Cámara Pestana».

EL PAPA JUAN XXIII, AYUDA A LA LUCHA CONTRA EL PALUDISMO

El doctor Candau, director general de la «Organización Mundial de Sanidad», ha recibido de Su Santidad el Papa Juan XXIII, una contribución simbólica de mil dólares, destinada al fondo mundial para la lucha contra el paludismo, emprendida y dirigida por la «Organización Mundial de la Salud».

RECONOCIMIENTO AL PROFESOR GASBARRINI

El presidente de la República italiana, a propuesta del ministro de Sanidad, ha conferido al profesor Antonio Gasbarrini, catedrático de Clínica Médica en la Universidad de Bolonia, la medalla de oro al mérito, en Sanidad pública, en reconocimiento a sus enseñanzas y a su benemérita labor en el campo sanitario.

PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, con su régimen mutual de coste reducido, contribuye al disfrute de una vejez más feliz y dichosa, sin agobios económicos.

Suscriba más grupos de la Sección de Vejez. Edad máxima de ingreso o ampliación de grupos, 58 años y seis meses.

EL IV CENTENARIO DE LA UNIVERSIDAD DE GINEBRA

Con motivo de la celebración del cuarto centenario de la Universidad de Ginebra (1559-1959), muchos científicos extranjeros han sido investidos «honoris causa». Entre ellos figura el doctor Jacques Forestier, presidente de la «Liga Europea contra el Reumatismo» y vicepresidente de la misma entidad francesa.

NUEVO CONSULTOR ECLESIÁSTICO DE LOS MÉDICOS ITALIANOS

Su Santidad el Papa Juan XXIII, ha nombrado consultor eclesiástico nacional de las asociaciones de médicos católicos italianos, a monseñor Fiorenzo Angelini, obispo titular de Messina. Con este motivo, S. E. Angelini ha dirigido un mensaje de saludo a los médicos.

MODERNO CENTRO DE TRANSFUSIÓN, EN BRATISLAVA

Recientemente ha entrado en función, en Bratislava, uno de los más modernos centros transfusionales. Ha costado trece millones de coronas y posee cuatro secciones: donadores, fabricación de preparados para transfundir, laboratorio y control bacteriológico y biológico.

El nuevo centro puede atender cerca de tres mil transfusiones mensuales, y en el curso de su breve actividad cuenta ya numerosas vidas salvadas en casos de tumores, anemia perniciosa, enfermedades infecciosas y traumatismos.

DISTINCIÓN AL PROFESOR DE TONI

Al profesor Giovanni De Toni, director de la Clínica Pediátrica de la Universidad de Génova, le ha sido conferida recientemente la distinción de Caballero de la Legión de Honor francesa, por el gobierno del presidente De Gaulle.

EL METRO DE PARÍS, «PERFUMADO»

En cuatro de las principales líneas del metro parisién, han entrado en funcionamiento unos pulverizadores especiales, que lanzan un producto bactericida perfumado, Esta iniciativa, que si alcanza éxito será extendida a las restantes líneas, tiene un doble objeto: hacer más puro bacteriológicamente el aire subterráneo de la capital, y, al mismo tiempo, eliminar el característico olor a viejo y a cerrado, que distingue a aquellos lugares.

ZARAGOZA, 15 NOVIEMBRE 1959

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MEDICA LOCAL

EL JEFE DE PUERICULTURA DE LA SANIDAD NACIONAL, EN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA

La Real Academia de Medicina celebró el día 30 una sesión científica, desarrollando el tema **«Presente y futuro de la poliomielitis en España»**, el doctor Bosch Marín, jefe de Puericultura de la Sanidad Nacional.

Ocupó la presidencia el doctor Oliver Rubio, presidente de la Real Academia de Medicina de Zaragoza, acompañado de las autoridades locales.

Abierta la sesión, hizo la presentación del conferenciante el doctor Noailles, resaltando su personalidad y congratulándose de que la Academia se viera honrada con la presencia e intervención de tan ilustre pediatra.

Hizo de él una semblanza acabadísima, como pediatra y como organizador de la Sanidad Infantil.

El doctor Bosch Marín inició su intervención agradeciendo la invitación de la Academia, y dijo que se había escogido Zaragoza para iniciar estas conferencias de divulgación de la lucha contra la poliomielitis en España. La poliomielitis —declaró— constituye un grave problema para el mundo, y se caracteriza por ser una enfermedad propia de la civilización, como lo demuestra el hecho de ser en los países más adelantados y de mayor nivel de vida, donde se produce mayor número de casos.

Hizo un estudio detalladísimo de la historia y vicisitudes de los lisiados, y de cómo desde la prehistoria se ha luchado para combatir y suavizar sus deficiencias, para conseguir una readaptación a la vida normal.

Por algunos hallazgos, se puede deducir que la «polio» existía en épocas antiquísimas.

A continuación trató el problema de la rehabilitación de los poliomielíticos, fijando el concepto de poliomielitis, que tiene una acepción muy amplia. En España existen aproximadamente un millón ochocientas mil personas que necesitan rehabilitación. De «polio» se han registrado de cuatrocientos a seiscientos casos hasta el año 1950, creciendo paulatinamente esta cifra, hasta alcanzar mil novecientos cincuenta casos en 1958. La mortalidad infantil ha descendido notablemente, hasta un cuarenta por mil, y se explica esta paradoja por la inmunización espontánea, que tiene lugar cuando el individuo tiene poca edad. Desde el 1 de julio de 1958 hasta la misma fecha de 1959, se han administrado en nuestro país cuatrocientos sesenta y cinco mil centímetros cúbicos de vacuna Salk, como parte de la lucha contra la poliomielitis.

Finalizó su conferencia exponiendo los trabajos que se realizan para perfeccionar una vacuna a base de virus vivo atenuado, y dijo que había que incrementar la tarea de prevención, y especialmente la de rehabilitación de los lisiados para que puedan incorporarse normalmente a la vida nacional, citando unas palabras de Su Santidad Pío XII a todos los especialistas del mundo reunidos en Castelgandolfo.

Cerró el acto el doctor Oliver Rubio, expresando su satisfacción por la presencia e intervención de tan distinguido especialista, e hizo una breve exposición de lo que hasta ahora se ha realizado en Zaragoza en esta lucha contra la poliomielitis y sus consecuencias.

Todos los oradores fueron muy aplaudidos por el numeroso público que llenaba la sala, y durante su intervención, el doctor Bosch Marín ilustró sus palabras con una serie de diapositivas.

Por la noche, en el restaurante «Savoy», la Real Academia de Medicina obsequió con un banquete al doctor Bosch Marín. Asistieron numerosos académicos, pediatras y maternólogos. Con el doctor Bosch Marín asistieron los doctores Blanco Otero y Navas Migueloa, de la Dirección General de Sanidad, que han acompañado al jefe de Puericultura en su desplazamiento a Zaragoza.

Al día siguiente, el jefe de Puericultura y de Prestaciones sanitarias del Seguro de Enfermedad, doctor Bosch Marín, visitó la sede del Instituto Nacional de Previsión, siendo

recibido por el presidente del Consejo, señor Sánchez Ventura, y alto personal.

Después visitó la Residencia Sanitaria, donde fue recibido por el director, señor Marcos, y varios jefes de clínicas.

A continuación tuvo un amplio cambio de impresiones con los pediatras y puericultores, planeando el funcionamiento de la Sección de la Sociedad Española de Pediatría y celebrando un interesante coloquio sobre asuntos profesionales.

CONFERENCIA DEL DR. GARBAYO EN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA

Nuevamente, la tribuna de la Real Academia se vio ocupada el día 5 del corriente por el doctor don Rafael Garbayo, jefe provincial de Sanidad de Huesca, que desarrolló el tema «La brucelosis en Huesca. Estudio epidemiológico».

Presidió el doctor Oliver Rubio, presidente de la Academia, acompañado de los doctores Zubiri, presidente de la Diputación; Bravo, jefe provincial de Sanidad de Zaragoza; Noailles, vicepresidente de la Academia, y De Gregorio, secretario de la misma. Los académicos ocupaban el estrado, y numerosos médicos y público llenaban la sala.

Hizo la presentación del conferenciante el doctor Oliver Rubio, destacando su personalidad profesional y su interés por difundir entre el público las ideas sanitarias en la provincia de Huesca. Seguidamente, inició su disertación el doctor Garbayo, agradeciendo en primer lugar los elogios del presidente, y a los señores académicos su invitación para hablar en tan docta corporación.

La fiebre de Malta constituye un grave problema sanitario en toda la región aragonesa. Existe una gran morbilidad de la brucelosis, especialmente en la zona rural. En 1940, solamente en la provincia de Huesca, se registraron 541 enfermos. Según las estadísticas resultantes de un cuidadoso estudio de cada uno de los casos, es la infección más frecuente en los medios rurales. Desde el año 1940 al 1944 se apreció en las tres provincias aragonesas un notable descenso en la curva de la enfermedad. En Huesca, en 1945 se dieron 206 casos, que fueron subiendo paulatinamente hasta el año 1954, en el que disminuyen. Pero los datos revelan que la enfermedad no tiende a disminuir espontáneamente, sino que oscila entre las altas y bajas, lo que demuestra que no está bien controlada. Las principales fuentes propagatorias de la infección se encuentran en el ganado ovino y caprino. Sin embargo, la gráfica de la provincia de Huesca no sigue la trayectoria de las restantes provincias españolas, y la densidad de ovino y caprino no está en relación con el número de casos. El doctor Garbayo finalizó su intervención exponiendo las medidas adoptadas para combatir la enfermedad.

Al terminar su ponencia fue muy aplaudido.

EN RECUERDO DEL DR. FORÉS

El día 23, a las doce de la mañana, se celebró en la iglesia parroquial de San Gil, una misa por el alma del que fue nuestro querido presidente del Colegio de Médicos, don Alberto Forés Palomar; al acto asistió la junta directiva del Colegio con su presidente, doctor Celma, los familiares del finado y numerosos médicos.

EL DR. ARIÑO, EN PARÍS

Recientemente, el ilustre doctor Ariño asistió como representante oficial de España al LVII Congreso Nacional de Otorrinolaringología.

En esta reunión científica, el doctor Ariño fue el representante oficial de nuestra patria, en su calidad de presidente de la Sociedad Española de Otorrinolaringología.

La delegación española la integraban, con el ilustre médico zaragozano, figuras tan eminentes de la especialidad como los doctores Tapia, Casadesús, Núñez, Antolí-Candela, Beltrán, Azcona, Adrados, Marco, García Ibáñez, Mijares y Gracia, que presentaron ponencias muy interesantes y participaron con gran brillantez en las deliberaciones.

El doctor Ariño presidió varias reuniones, intervino en la discusión de las ponencias y ocupó lugar preferente en todos los actos.

FALLECIÓ D. ALFREDO URIARTE

El día 19 de octubre, a los 69 años de edad, falleció en Zaragoza don Alfredo Uriarte Osés, que durante más de doce años editó, en su empresa de artes gráficas, esta revista, siendo siempre para nosotros un gran amigo

Persona prestigiosa en el campo industrial, gran caballero y hombre de cortesía y amabilidad extraordinaria, tomó con verdadero interés la publicación de estás páginas durante muchos años, venciendo muchas dificultades, hasta que por nuevas orientaciones en su empresa cesó en este cometido, existiendo siempre entre él y nosotros una compenetración absoluta, que recordaremos en todo momento con afecto.

Con este motivo, la Dirección de esta revista transmite a sus hijos y familiares su sentido pésame.

EL DR. BOSCH MARÍN INAUGURA EL CURSO EN LA SECCION DEL EBRO DE LA SOCIEDAD GINECOLÓGICA

El último día de octubre, en el Colegio de Médicos, inauguró el curso de la Sección del Ebro de la Sociedad de Ginecología. Ocuparon la presidencia, el doctor Horno como presidente de los ginecólogos, el presidente del Colegio de Médicos, doctor Celma, el jefe de los Servicios Médicos del SOE, doctor Jordana, el presidente de la Academia de Medicina, doctor Oliver, y el vicepresidente, don Antero Noailles.

Tras unas palabras de presentación y de saludo del doctor Horno Liria, el doctor Bosch Marín pronunció una magistral conferencia sobre **«Maternología social e higiene mental».**



Expresó la trascendencia sanitaria de la maternología en el mundo y en España, como lo demuestra el hecho de que nacen noventa millones de niños cada año en el mundo, y en España seiscientos mil.

Trató con gran acierto de la educación prematrimonal. Proclamó cómo la educación comienza en la cuna y cómo el niño debe ser positivamente deseado.

Trató de la salud mental y maternología; del sentimiento de seguridad materna, como importante factor en Puericultura, de la trascendencia psicológica de la lactancia materna, de la Biblia y los problemas de la maternología, de la asistencia maternal de los Seguros Sociales sanitarios, de cómo la mortalidad materna desciende notablemente en España, ya que de los doscientos sesenta y ocho mil nacimientos dentro del Seguro de Enfermedad, el 26 por ciento son en clínicas de maternidad.

Expresó la trascendencia sanitaria del parto sin dolor y su fundamento. Destacó el interés de la preparación de los futuros padres. ¿Resultados? Al comienza del siglo morían más de cien mil niños menores de un año; en el año último, esa cifra bajó a veinticinco mil entre los seiscientos mil nacidos.

Sentó la siguiente conclusión: «Cuidemos de la alimentación correcta de los niños. Vacunémoslos contra las enfermedades evitables. Establezcamos estrecha relación entre tocólogo y puericultor que, en forma de equipo, se ocupen del niño desde el primer día.

La higiene mental de la madre le dará seguridad, satisfacción y alegría, y la preparará para amar conscientemente al hijo, y educarle amorosa, consciente y eficazmente».

El doctor Bosch Marín fue largamente aplaudido. Después, los ginecólogos le obsequiaron con una cena, en la que reinó gran cordialidad.

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN CARDIOLÓGICA EN LA CRUZ ROJA ESPAÑOLA

En los Servicios médico-quirúrgicos de enfermedades del corazón, de los que es jefe el doctor don Enrique García Ortiz, del Hospital Central de la Cruz Roja Española, se convoca un curso de «Especialización en Cardiología y Cirugía Cardíaca».

Este curso es de dos años, es decir, 1960-62, con objeto de realizar estudios teórico-prácticos de la especialidad, desde el 1 de enero de 1960 hasta el 1 de enero de 1962, con arreglo a las siguientes normas:

Se convocan seis plazas de médicos licenciados en España y seis médicos extranjeros que presenten su certificado de estudios de la Facultad de Medicina correspondiente.

Los médicos admitidos deberán presentar en la secretaría del Hospital Central de la Cruz Roja, en el momento de hacer los derechos de inscripción, una fotografía para poder extender un carnet correspondiente, que sirva de presentación al jefe del Servicio.

Realizado el curso, de dos años de duración, y habiendo respondido a las exigencias de asistencia en las lecciones teórico-prácticas, se realizará un examen final, que permitirá a los candidatos obtener el certificado correspondiente.

Estas plazas pueden ser solicitadas mediante carta dirigida al jefe del Servicio, en el Hospital Central de la Cruz Roja, acompañada de una relación de sus estudios universitarios y de sus méritos profesionales hasta la fecha actual, para poder realizar así una selección de los más aptos.

Las solicitudes serán admitidas en la secretaría del Hospital Central de la Cruz Roja, Avenida de la Reina Victoria, 24, hasta el día 1 de diciembre del año en curso.

EL JEFE PROVINCIAL DE SANIDAD INAUGURÓ EL CURSO EN LA SECCIÓN DE ESTUDIOS MÉDICOS ARAGONESES

El día 10, y en el salón de sesiones de la Excma. Diputación Provincial, se efectuó en solemne sesión académica la apertura del curso 1959-60 de la Sección de Estudios Médicos Aragoneses de la Institución «Fernando el Católico», acto en el que pronunció una interesantísima conferencia el jefe provincial de Sanidad, doctor don Federico Bravo, sobre el tema **«La Medicina en la evolución del pensamiento social»**. Ocupó la presidencia don Antonio Zubiri Vidal, presidente de la Excma. Diputación Provincial; a su derecha, el doctor don Federico Bravo, jefe provincial de Sanidad, y doctor don Francisco Oliver Rubio, presidente de la Real Academia de Medicina; y a su izquierda, a los doctores don Jaime Dolset, vicepresidente de la Excma. Diputación Provincial; don Antero Noailles y don Antonio Val-Carreres.

El secretario de la S.E.M.A., doctor don Fernandc de la Puente, realizó la lectura de la Memoria de las actividades de la S.E.M.A. durante el curso 1958-59. A continuación se concede la palabra al doctor Oliver Rubio, que hizo la presentación del conferenciante, señalando su labor sanitaria, que a pesar de su juventud es ya muy dilatada. Pone de relieve la calidad de los trabajos realizados por el doctor Bravo en parasitología y bacteriología, y las oposciones por él realizadas.

Las últimas palabras del doctor Oliver fueron cálidamente ovacionadas.

Acto seguido, y por la presidencia, se concedió la palabra al conferenciante, que desarrolló el tema «La Medicina en la evolución del pensamiento social», diciendo que la pretensión de la conferencia es examinar algunas de las relaciones existentes entre la Medicina y la evolución del pensamiento social, tratar de comprender algunos de los fenómenos sociales y su significación para la Medicina y, finalmente, hace referencia a los problemas sanitarios del momento. Hace alusión histórica al nacimiento de la cuestión social a través de los puntos de vista filosóficos del siglo XVIII, posteriormente a la revolución social causante de los bajos índices biodemográficos de la primera mitad del siglo XIX. Estudia el desarrollo de los seguros sociales y en especial del seguro de enfermedad, y se extiende en consideraciones sobre los modernos planes de la seguridad social.

Al propio tiempo, efectúa un desarrollo en la evolución de la Medicina al compás de las nuevas corrientes sociales, haciendo hincapié en la idea de que es necesario considerar al individuo desde el punto de vista biológico y social y no solamente como un mal visceral. Se extiende en consideraciones sobre la forma en que se efectúa el ejercicio de la profesión médica y en la necesidad de efectuar sendos programas de educación sanitaria para toda la población. Después de distinguir sobre los conceptos de Medicina asistencial, preventiva, social, de rehabilitación y constructiva, termina la conferencia con una idea de los problemas sanitarios del momento y el enfoque que los mismos merecen para la Sanidad Pública.

Entrega de premios

Después de la conferencia, que fue muy aplaudida, se procedió a la entrega de premios otorgados a las comunicaciones presentadas a las sesiones clínicas de la S.E.M.A. en el curso anterior, y que fueron concedidos a los doctores:

Primer premio: doctor don Francisco Romero Aguirre. Segundos premios: doctores don Francisco Echeverría Vicente, don Fernando Zubiri Vidal y don Fernando de la Puente. Terceros premios: doctores don Saturnino Mozota, don Zvonimir P. Matich, doña Purificación Marcellán y don Alberto Celada. Los premiados recibieron los diplomas y premios en metálico de manos del señor presidente de la Excma. Diputación Provincial y restantes personalidades de la presidencia, entre grandes aplausos de la numerosa concurrencia.

Al final fueron muy felicitados, tanto el conferenciante, por su documentada disertación, como los doctores que habían sido premiados por sus brillantes trabajos.

Palabras del doctor Zubiri

Terminó el acto el doctor don Antonio Zubiri felicitando a todos los compañeros que han sido galardonados. Manifiesta también que la S.E.M.A. va realizando una gran labor en conferencias, cursillos y comunicaciones, que cada año aumentan en número y en valía.

Felicita igualmente a los jefes de departamento por la orientación que están dando a la Sección de Estudios Médicos Aragoneses.

Y por último, tiene frases de elogio para la brillante conferencia que ha pronunciado el jefe provincial de Sanidad, doctor don Federico Bravo.

Las palabras del doctor Zubiri fueron calurosamente ovacionadas.

SESIONES CLÍNICAS

El viernes día 6, en la cátedra núm. 4 de esta Facultad, se celebraron las sesiones clínicas, con el siguiente orden del día:

Doctor Gómez Lus: «Aportación del tratamiento de la toxoplasmosis experimental en el ratón blanco».

Doctor Azúa Dochao: «Informes sobre los Congresos Internacionales de Dermatología de Lisboa y Coimbra».

Como de costumbre, este acto se vio muy concurrido por numerosos médicos y alumnos.

VIDA MEDICA NACIONAL

SE HA CUMPLIDO EL XXV ANIVERSARIO DE LA MUERTE DE RAMÓN Y CAJAL

Recientemente se ha cumplido el XXV aniversario de la muerte del sabio histólogo aragonés don Santiago Ramón y Cajal. Fallecido en Madrid el 17 de octubre de 1934, ha transcurrido un cuarto de siglo. Pasa el tiempo y engaña su fugaz carrera. Mas nada han podido esas dos décadas y un lustro para caminar hacia el olvido. Imposible, cuando una intensa vida dejó huella tan profunda en la ciencia universal. Se extinguirán veinticinco años más, cincuenta, una centuria... y el recuerdo será imperativo como homenaje reverencial al hombre que invirtió su existencia con voluntad firme y tensa y con el máximo fruto, en estudios biológicos, cuya resonancia llegó a todos los medios científicos españoles e internacionales. Por eso el eco de sus concienzudas palabras se escucha con caracteres de dilatados alcances en todos los ámbitos de la Medicina correspondientes al mundo entero. Murió don Santiago Ramón y Cajal, pero sigue y seguirá viviendo en el recuerdo.

MERECIDA DISTINCIÓN AL DR. SOROA Y PINEDA

Al doctor don Antonio Soroa Pineda le ha sido impuesta por el director general de Sanidad, en representación del excelentísimo señor ministro, la Encomienda con Placa de la Orden Civil de Sanidad. El acto tuvo lugar en la Academia Deontológica de Madrid, de la cual el referido doctor fue nombrado presidente.

HOMENAJE A LA MEMORIA DEL DR. CASAL

La Excma. Diputación Provincial, en unión de la Universidad de Oviedo, del Ayuntamiento, del Colegio de Médicos y de las corporaciones científicas asturianas,, van a llevar a cabo la tercera edición de la obra del doctor Gaspar Casal, «Historia natural, médica, del principado de Asturias».

En los actos recientemente celebrados para honrar su memoria fueron premiados los doctores Cortejoso y García Morán, así como nuestro paisano y colaborador, doctor De Gregorio.

El premio de 5.000 pesetas, de la Excma. Diputación Provincial, correspondió al doctor don Leopoldo Cortejoso, de Valladolid, por su artículo titulado «Gaspar Casal, hombre del principado», publicado en «El Norte de Castilla».

Y el primer accésit, de 3.000 pesetas, del Excmo. Sr. Marqués de Aledo, al doctor García Morán, de Oviedo, por su artículo titulado «La estela de Casal», publicado en el diario «La Voz de Asturias».

El premio del Ayuntamiento fue adjudicado a la monografía titulada «Pelagra, "mal de la rosa" o enfermedad de Casal», original del director del Dispensario Dermatológico y de Higiene Social, dermatólogo del Hospital y jefe del Servicio de la Cruz Roja, y secretario de la Real Academia de Medicina de Zaragoza, doctor don Eduardo de Gregorio.

HA MUERTO EL PROFESOR ALCALÁ SANTAELLA

De una manera inesperada ha fallecido el distinguido urólogo, profesor de la Universidad de Valencia, personalidad destacada y querida por cuantos le conocían y trataban. La última vez que charlamos con él, en la reunión ginecológica de Valencia, nada hacía presagiar su temprana desaparición.

El doctor Alcalá Santaella, maestro de varias generaciones de urólogos y anatómicos, desde su cátedra de Valencia, sembraba sus enseñanzas por todo el ámbito nacional y sus trabajos e investigaciones ocupaban no sólo las revistas españolas, sino muchas de las extranjeras. Su muerte constituye una gran pérdida para la Urología española, y para nosotros la de un sincero y leal amigo, con quien hemos convivido en muchas ocasiones. ¡Descanse en paz!

CONFERENCIA DEL DR. MARAÑÓN EN EL ASILO DE SAN RAFAEL

Don Gregorio Marañón pronunció la primera lección de curso en el Asilo de San Rafael, desarrollando el tema «Importancia de la endocrinología en el proceso de la Medicina contemporánea».

HOMENAJE AL PROFESOR ALFONSO DE LA FUENTE

Ha sido rendido un homenaje al doctor don Alfonso de la Fuente, profesor de la Facultad de Medicina de Madrid y director del Instituto Nacional de Medicina y Seguriad del Trabajo, por haberle sido concedida recientemente la Gran Cruz de la Orden del Mérito Civil.

NUEVO DIRECTOR DEL ASILO DE SAN RAFAEL

En sustitución del recientemente fallecido doctor Meana, ha pasado a ocupar el cargo de director del Asilo-Hospital de San Rafael el doctor Bosch Marín, jefe de los Servicios Centrales de Puericultura del Estado.

SE CLAUSURÓ EN JEREZ LA X ASAMBLEA NACIONAL DE HERMANDADES DE SAN COSME Y SAN DAMIÁN

Fue clausurada la X Asamblea Nacional de la Hermandad de San Cosme y San Damián, en la que han participado médicos y farmacéuticos de toda España. En el salón de actos de la Academia San Dionisio se estudiaron diversas ponencias sobre el tema central de la Asamblea: «Deontología preventiva». Entre otros acuerdos fue adoptado el de celebrar en Barcelona la próxima reunión, que tratará sobre «Teología, Psicología y Medicina en la preparación del matrimonio». Presidió la reunión de clausura el presidente de la Federación Nacional, secretario de la misma y autoridades y personalidades. Finalizada la sesión, los asambleístas se trasladaron a la basílica donde se venera la imagen de la patrona de Jerez, Nuestra Señora de la Merced, donde asistieron a una solemne Salve. Por la noche fueron agasajados con una cena de hermandad en el parque «González Hontoria».

ESPAÑA, EN EL SYMPOSIUM DE POLIOMIELITIS DE MUNICH

El VI Symposium de la Asociación Europea contra la Poliomielitis tuvo lugar en Munich, presidido por el doctor Lassen, de Copenhague. Durante las sesiones de trabajo se ha comentado muy elogiosamente la labor del V Symposium, celebrado en Madrid el pasado año. El vicepresidente primero y presidente del comité español, doctor don Juan Bosch Marín, leyó un documentado informe sobre la poliomielitis en España, y presidió la sesión sobre «Poliomielitis del niño en el primer año de la vida».

La representación española estuvo constituída por el doctor Bosch Marín, doctor Sales Vázquez y el señor Bravo.

LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD Y LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SANIDAD

En el mes de septiembre han participado brillantemente en las sesiones de la Organización Mundial de la Sanidad, el profesor García Orcoyen, director general de Sanidad, y el secretario general, don Vicente Díez del Corral, así como el doctor Pérez Gallardo, de la Escuela Nacional de Sanidad.

RENOVACIÓN HOSPITALARIA

Se celebraron durante los días 3, 4, 5 y 6 de noviembre de 1959, en la «Casa del Médico» (Vía Layetana, 31) de Barcelona.

Se estudiaron varias ponencias:

Primera ponencia: «El concepto de hospital dinámico», por los doctores Manuel Martínez González, Antonio Trujols Queraltó, Juan Picañol e Ignacio María Aragó.

Segunda ponencia: «Factores psicológicos en el enfermo hospitalizado», por los doctores Manuel Beltrán Flórez y Ramón Vidal Teixidor.

Tercera ponencia: «Los hospitales y el SOE».

Durante esos días estuvieron expuestos planos y maquetas sobre arquitectura hospitalaria.

1. «Problemas arquitectónicos de un centro de diagnóstico», por los arquitectos señores Francisco Rom Bargalló y Pedro Ventura Vázquez.

2. «Método de desarrollo del proyecto municipal de integración asistencial», según proyecto de los arquitectos señores Javier Subías Fages, Pedro López Iñigo, Joaquín Viladevall Marfá, Guillermo Giráldez Dávila y el doctor Carlos Soler Durall.

Las conferencias tuvieron lugar en salón de actos de la «Casa del Médico».

La «Unión de Hospitales de Barcelona» es una asociación no gubernamental, voluntaria, a semejanza de las que existen en muchos países. Ha sido la primera en constituírse como tal en España.

REUNIÓN DEL «AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS» (CAPÍTULO DE BARCELONA)

El Capítulo de Barcelona, de acuerdo con los temas prefijados para los Capítulos españoles por el regente del A.C.C.P. en España, doctor Caralps, celebrará su Reunión de Otoño de 1959, en el Hospital de la Cruz Roja, calle Dos de Mayo, Barcelona, el día 21 de noviembre de 1959, a las doce horas de la mañana.

Se desarrollará el tema «Cardiopatías y angiopatías congénitas», actuando de moderador el doctor L. Trías de Bés.

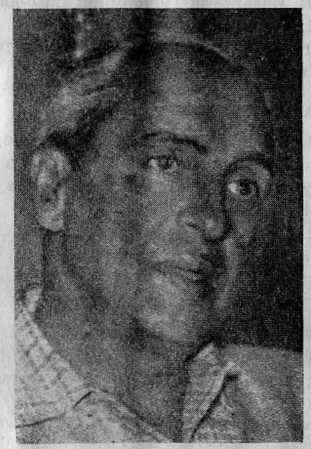
Ponentes: doctor P. Botet: «Exploración agfiocardiográfica»; doctor M. Torner Soler: «Diagnóstico clínico»; doctor Castro Lloréns: «Indicaciones quirúrgicas».

Quedan invitados a participar en la discusión de estos temas todos los compañeros interesados. Se concederá un tiempo máximo de cinco minutos para estas intervenciones, que para efectos de publicación no deben exceder de una cuartilla escrita a doble espacio. Los que deseen tomar parte en esta Mesa de Discusión, deberán comunicarlo a la presidencia de la sesión, o por escrito a la secretaría de este Capítulo, Córcega, 393, Barcelona. El resumen de la misma será publicado y repartido entre todos los «Fellows» del «American College» en España.

VIDA MEDICA EXTRANJERA

EL DOCTOR OCHOA, ESPAÑOL, PREMIO NOBEL DE MEDICINA LO COMPARTE CON EL PROFESOR KORNBERG

El doctor **Severo Ochoa**, de 51 años, de la Escuela de Medicina de la Universidad de Nueva York, y el profesor **Arthur Kornberg**, de 41 años, de la Universidad de Standford (California), distinguidos bioquímicos, éste de nacionalidad norteamericana, han sido galardonados conjuntamente con el Premio Nobel de Medicina de 1959, dotado con 220.678 coronas.



Doctor Ochoa



Doctor Kornberg

Esta decisión ha sido adoptada por los profesores del Instituto Médico-Quirúrgico Caroline, de Suecia, que ha concedido el premio a Kornberg y a Ochoa, de nacimento español, por su descubrimiento del mecanismo de la síntesis biológica del ácido ribonucleico y dexiribonucleacido.

Al dar a conocer su descubrimiento, la Sociedad Americana del Cáncer dijo en 1957: «Esto arrojará una gran luz sobre la química básica de la vida, normal y anormal, ya que está considerado como un importante paso en el estudio del proceso del cáncer».

No se sabe cuándo Ochoa y Kornberg hicieron el descubrimiento por el cual recibirán el premio de manos del rey Gustavo Adolfo en el festival Noel que se celebrará en Suecia el 10 de diciembre. Se cree que lo lograron entre 1946 y 1957, cuando trabajaban juntos en Nueva York. Lo que hicieron fue producir artificialmente los ácidos nucleicos «DNA» y «RNA», cosa que causó admiración entre los científicos del todo el mundo.

El «DNA» —ácido desoxirribonucleico— es un compuesto que se cree es equivalente a los genes —los portadores de la herencia— y aparece en el núcleo celular.

El «RNA» —ácido ribonucleico— aparece en el plasma celular y funciona como una especie de «molde» para las células productoras de sustancias albumínicas, que son un proceso elemental de la vida.

Los dos investigadores cogieron una enzima de bacteria, la unieron con otros componentes químicos, y, utilizando la enzima como catalizador, produjeron sistemáticamente el «DNA» y «RNA», es decir, descubrieron la síntesis biológica del ácido nucleótico.

Este descubrimiento fue una valiosa información para los investigadores del cáncer.

El doctor Ochoa nació en Luarca (Asturias); estudió primeramente en Málaga y obtuvo el título de médico en Madrid, en 1929. Luego continuó sus estudios, entre otros lugares, en Heildelberg, Plimouth y Oxford. En 1940 se trasladó a los Estados Unidos y estuvo como agregado, desde 1941 a 1942, en la Universidad de Washington, en St. Louis. Desde 1942 a 1945, fue investigador asociado, de Farmacología desde 1946 a 1954, y desde esta última fecha es profesor de Bioquímica.

El doctor Ochoa fue galardonado con la medalla Newberg, en 1951, por sus destacadas investigaciones bioquímicas, y con el premio Bo-

ren en 1958, por su destacada contribución a la investigación médica. Pertenece a la Sociedad de Harvard, a la Academia Nacional de Ciencias, al Consejo de la Sociedad de Bioquímicos y a otras muchas organizaciones similares. El doctor Ochoa es casado y no tiene hijos.

Al recibir la noticia, dijo el insigne investigador: «Me enorgullece el premio como español y porque honra a la Medicina española».

El doctor **Arthur Kornberg** tiene 41 años y nació en Brooklyn (Nueva York), doctorándose en Medicina en Rochester (Nueva York), en 1941. Desde el año siguiente hasta 1942 perteneció al Instituto Nacional de Sanidad de Bethesda (Maryland) y desde 1952 hasta 1959 fue profesor de Microbiología en la Universidad de Washington (St. Louis). Luego ha pasado a ser profesor de Bioquímica en la Universidad de Stanford (California). Está casado y tiene tres hijos.

HEYROVSKY, PREMIO NOBEL DE QUÍMICA

El profesor checo **Jaroslaf Heyrovsky**, de 69 años de edad, ha sido galardonado con el Premio Nobel de Química de 1959, por su creación del «método polarográfico» para el análisis químico por medio de electrolisis.

El nuevo Premio Nóbel inventó el «polarógrafo», aparato destinado al electroanálisis automático de las sustancias hacia la tercera decena del actual siglo, y ello tuvo una grandísima importancia en los campos de la metalurgia y en otras ramas de la industria relacionadas con la química.

Jaroslaf Heyrovsky nació en Praga, en 1890, pero gran parte de sus estudios los realizó en «University College», en Londres, donde se graduó en 1913. Actualmente desempeña el cargo de director del Instituo Polarográfico de la Academia de Ciencias de Praga.

EL NOBEL DE FÍSICA, REPARTIDO

Los destacados científicos nucleares norteamericanos, doctores **Owen Chamberlain**, de 39 años de edad, y **Emilio Segren**, de 54, este último nacido en Italia, de la Universidad de California, han sido galardonados conjuntamente con el Premio Nobel de Física para 1959, por su descubrimiento del «antiprotón».

La decisión de la Academia de Ciencias sueca estipula que cada uno de ellos recibirá la mitad de las 220.678 coronas que constituyen el premio.

Este galardón hace el número dieciséis de los conseguidos por científicos norteamericanos en el campo de la Física desde el año 1959.

FALLECE EL PROF. CAHILL

A los 69 años de edad falleció recientemente, a consecuencia de un infarto de corazón, el doctor George F. Cahill, profesor «emeritius» de Urología del «Columbia Presbyterian Medical Center», de Nueva York.

MARAÑÓN, DOCTOR «HONORIS CAUSA» DE LA UNIVERSIDAD DE COIMBRA

El doctor don Gregorio Marañón recibió las insignias de doctor «honoris causa» de la Universidad de Coimbra, en una ceremonia especial que se celebró en aquella ciudad lusa el día 21, durante la IV Reunión Luso-Española de Endocrinología, que éste presidía.

La prensa portuguesa ha destacado notablemente este acto.

NUEVA DIRECCIÓN

La Sociedad Mexicana de Dermatología informa del cambio de su nueva dirección postal, sita ahora en: San Bernardino, 3 «B». México 12, D. F., México.

NUMERO EXTRAORDINARIO, SOBRE VIRUS, DEL «BRITISH MEDICAL BULLETIN»

El «British Médical Bulletin» ha dedicado el número 3, aparecido en septiembre último, a «Investigaciones actuales sobre los virus», con arreglo al siguiente sumario:

«Introducción», doctor C. H. Andrewes.

Sir Macfarlane Burnet: «Genética de los virus».

D. A. J. Tyrell: «Multiplicación de los virus, con detalle particular de las nuevas técnicas».

G. Belyavin: «Las nuevas técnicas serológicas».

J. N. C. Westwood: «El cultivo de tejidos en relación con los virus».

G. W. A. Dick: «Vacunación contra la poliomielitis».

A. D. Macrae: «Meningitis aséptica, poliomielitis no paralítica y los virus "ECHO"».

H. G. Pereira: «Adenovirus».

C. H. Andrewes: «Los catarros y los nuevos virus respiratorios».

C. H. Stuart-Harris: «La gripe y sus complicaciones».

K. McCarthy: «El sarampión».

A. W. Downie: «Varicela y hérpes zoster».

C. E. Gordon Smith: «Virus transportados por artrópodos».

F. J. Fenner: «Misomatosis».

L. H. Collier: «Tracoma».

A. Isaccs y D. C. Burke: «Interferencia y sus factores».

Quienes se interesen por esta publicación, pueden dirigirse a don Francisco García Sicilia, Londres, 45, Madrid, quien facilitará los ejemplares e informaciones precisas.

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MEDICA LOCAL

IN MEMORIAM

El día 18 del pasado noviembre se han cumplido los veinticinco años en que Zaragoza perdió uno de los más preeminentes cirujanos, y España, uno de los más destacados de aquella época: el doctor don *Ricardo*



Lozano Monzón, catedrático de Patología Quirúrgica y decano de esta Facultad en una de las épocas de mayor esplendor de la ciencia aragonesa.

El doctor Lozano fue un cirujano que llevó a la práctica la evolución de la cirugía anatómica de su tiempo a la actual cirugía fisiológica, de la que fue precursor, logrando campos hasta entonces inexplorados en la actual cirugía vascular, cerebral, pulmonar y digestiva.

Fue solicitado reiteradas veces por las Facultades de París y Munich, de la que era profesor honorario.

Fue también ponente, entre otros congresos internacionales de Cirugía, de los celebrados en París, Varsovia y Roma, y presidió, con gran brillantez, las memorables Primeras Jornadas Médicas Aragonesas.

Forjó numerosas generaciones médicas, que le recuerdan con admiración, gratitud y afecto, a todo lo ancho de la geografía de España, donde ejercen médicos que fueron sus discípulos.

Al cumplirse los veinticinco años de su muerte, hemos querido evocar esa gran figura de la Medicina aragonesa, cuyo nombre traspasó las fronteras. Y con nuestro emocionado recuerdo, rendir también una fervorosa oración por su alma.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA (SECCIÓN DEL EBRO)

Esta Sociedad Ginecológica celebró su sesión mensual el día 25 de noviembre, en el salón del Colegio Oficial de Médicos. Ocupó la presidencia el doctor Ricardo Horno Liria, presentando una comunicación el doctor Santiago Lorén Esteban, sobre «Consideraciones a una serie de histerosalpingografías». Después de exponer brillantemente el fundamento, condiciones y técnica por él desarrollada, pasó a presentar una larga serie de radiografías demostrativas de los procesos más comunes diagnosticados por este método, como las anomalías genitales, afecciones congénitas, lesiones tuberculosas y diagnósticos diferenciales entre afecciones uterinas y extrauterinas. Demostró cómo en los casos de esterilidad es necesaria la práctica de la histerosalpingografía, para diagnosticar la obstrucción tubárica y su tratamiento operatorio más efectivo.

Intervinieron en la discusión de la comunicación los doctores A. Ramón Vinós, José Sancho, F. Blanco y M. Ibáñez, cerrando el acto con unas palabras de felicitación, por el gran interés del tema y su desarrollo, el presidente, doctor R. Horno.

SEMINARIO MÉDICO MILITAR

El día 24 de noviembre, y presidida por el excelentísimo señor Inspector médico jefe de Sanidad de la V Región, don José Salarrullana, celebró su sesión el Seminario Médico de Sanidad Militar de esta Región.

Hizo uso de la palabra el comandante médico don Alvaro Lesta Arduin, disertando sobre el tema «Esteroides. Terapéutica y revisión general». Llevó a cabo un estudio histórico, farmacológico y químico, detallando el proceso de formación de los distintos esteroides, desde la cortisona hasta la triancinolona y dexametasona, detallando su acción sobre las distintas funciones y sistemas orgánicos, siendo muy aplaudido al final de su brillante disertación.

Cerró el acto el general Salarrullana, con unas palabras de felicitación al conferenciante, de ampliación sobre el tema y de estímulo a los compañeros médicos asistentes.

FACULTAD DE MEDICINA

El día 20 del pasado se celebraron las Sesiones Clínicas, pronunciando una documentada conferencia el profesor don Manuel Armijo Valenzuela, sobre el tema «Estreptomicina y sus asociaciones con otros tuberculostáticos», siendo muy aplaudido y felicitado.

REAL ACADEMIA DE MEDICINA

Bajo la presidencia del doctor Oliver, el día 19 de noviembre se celebró una brillante sesión científica en la que intervino el doctor De Gregorio, con un notable trabajo sobre «La induración plástica del pene y su asociación con la retracción palmar de Dupuyttren». El doctor De Gregorio hizo un estudio detalladísimo del tema, aportando datos y analizando los casos observados durante su vida profesional. Hizo notar que la enfermedad, considerada como rara hace unos años, se ha incrementado notablemente, presentándose más casos en los individuos de edad avanzada que entre los jóvenes. Seguidamente estudió la terapéutica de la enfermedad, y destacó su asociación con la retracción palmar y con características de reumatismo articular en algunos pacientes.

En la discusión intervinieron los doctores Aznar García y Antonio Zubiri, que fueron muy felicitados, así como el doctor De Gregorio por su magistral lección.

SOBRE FILATELIA

En el palacio de la Diputación Provincial, habló también, días atrás, el doctor don Pedro Galán Bergua para explicar la importancia de la Filatelia, con motivo de la entrega de los trofeos donados para la II Exposición Filatélica de Coleccionistas Aragoneses, que organizó la Institución «Fernando el Católico». El acto resultó muy ameno y simpático.

NUEVO MÉDICO DE LA ASOCIACIÓN DE LA PRENSA

Por acuerdo de la Junta Directiva de la Asociación de la Prensa, ha sido designado el doctor don Víctor M.ª Alcalde Villalba para formar parte de su cuerpo facultativo. Con este motivo ha sido muy felicitado.

ÉXITO DEL DOCTOR BERMEJO

Bajo la presidencia del doctor don Julio Ariño, ha tenido lugar en Madrid la «IX Reunión anual de la Sociedad Española de O. R. L.».

La ponencia oficial, sobre «Tumores de fosas y senos paranasales», fue desarrollada por el doctor don José María Bermejo, en cuanto al estudio clínico y diagnóstico de dichos tumores, y por el doctor Marañés, en cuanto hace referencia al tratamiento de los mismos.

Su brillante estudio fue objeto de calurosos elogios.

EL DR. FERNANDO ZUBIRI, MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN DE MÉDICOS ESCRITORES

Atendiendo a los méritos y circunstancias que concurren en el prestigioso médico zaragozano don Fernando Zubiri Vidal, la Asociación de Médicos Escritores y Artistas, que presiden el doctor Blanco Soler, le ha nombrado miembro numerario. Con este motivo le transmitimos nuestra calurosa felicitación.

SECCIÓN DE ESTUDIOS MÉDICOS ARAGONESES

Bajo la presidencia del doctor Zubiri Vidal, tuvo lugar, el día 1 del actual, la anunciada sesión clínica de la Sección de Estudios Médicos Aragoneses, de la Institución «Fernando el Católico», con la intervención de los doctores García Domingo, sobre «Sarampión y novobiocina (catomicina)», y don Eduardo de Gregorio, sobre «Aportación al estudio de la ictiosis».

El primero se refirió a una epidemia de sarampión ocurrida en la villa de Calatorao durante los finales del invierno y principios de la primavera del año 1959, con un total de ciento diecinueve casos, cuyo foco original fue la escuela de párvulos del pueblo, cuyos alumnos sembraron pródigamente el virus. Clasificó los casos y analizó sus características y particularidades de tratamiento. Su aportación fue comentada por los doctores Zubiri (F.) y Dolset.

A continuación, el doctor De Gregorio expuso una interesante comunicación sobre «Ictiosis». Describió sus características y señaló que la evolución de esta enfermedad es crónica, que aparece en los primeros años de la vida y que persiste siempre, aunque en el transcurso de ella puede el enfermo sufrir ciertas modificaciones.

Analizó cuál es la causa de que se produzcan ictiosis y su correlación con las diversas afecciones de la piel. Describió los factores que intervienen en la producción de esta enfermedad, y estudió el del alcoholismo, la tuberculosis y la sífilis de los padres, que actúan todos ellos como factores predisponentes.

Estudió las características anatomopatológicas de la enfermedad y cómo debe efectuarse el diagnóstico diferencial con las otras enfermedades que presentan una sintomatología parecida, terminando con un detallado estudio sobre su tratamiento.

En la discusión intervinieron los doctores Ricardo Horno y Antonio Zubiri, quien cerró el acto agradeciendo las aportaciones y asistencia.

NECROLOGÍA

El doctor don Francisco Oliver Rubio, Presidente de la Real Academia de Medicina, pasa por la pena del fallecimiento de su hermano, el excelentísimo señor teniente general don *Luis Oliver*, que desempeñaba el mando de la Capitanía General de la Sexta Región Militar (Burgos). Con este motivo, le transmitimos nuestra sincera condolencia.

También hemos de lamentar el fallecimiento del conocido médico zaragozano don *Miguel Merino Ezquerro*, figura destacada dentro de la Sanidad del Movimiento, en la que ostentaba el cargo de jefe de los Servicios Sanitarios de F. E. T.

Había desempeñado diversos cargos políticos y poseía, entre otras distinciones, la Encomienda de la Orden de Sanidad y la de Cisneros.

A su hermano el doctor don Joaquín Merino, y a su hijo político, doctor don Francisco Audera, hacemos presente desde aquí nuestro sentimiento.

Igualmente, víctima de una grave afección tumoral, ha fallecido el doctor don *Baldomero de Armijo*, Presidente de la Asamblea local de la Cruz Roja Española. Era persona de gran bondad y que contaba con generales simpatías.

A su hijo, y querido amigo, el profesor de Farmacología don Manuel Armijo y Valenzuela, y demás familiares, les expresamos nuestro sincero afecto, sumándonos a su sentimiento.

VIDA MEDICA NACIONAL

NOTABLE CONFERENCIA DEL DR. GRANDE COVIÁN, EN LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO

Recientemente, el profesor Grande Covián, que perteneció a esta Universidad y que actualmente es catedrático en la de Minnesota, expuso en la Academia Médico-Quirúrgica de Oviedo una interesantísima conferencia ante un numeroso público de médicos, en la cual analizó la labor científica de su paisano y amigo, doctor Ochoa, reciente Premio Nobel.



En ella describió su aportación a la Bioquímica, señalando el origen y desarrollo de sus trabajos, que habían de conducirle a las cimas del éxito. Expuso cómo su tesis doctoral tuvo por tema: «La energía química del músculo en la insuficiencia adrenal experimental», y señaló su participación en un trabajo que se ha mantenido ininterrumpidamente durante treinta o treinta y dos años, y que en el momento actual se cifra en el estudio de los mecanismos enzimáticos de la síntesis de proteínas, que son el secreto de los mecanismos básicos del crecimiento.

El doctor Grande, que fue muy aplaudido, recibió de manos del doctor Estrada, Presidente de la Sociedad, el título de Miembro de Honor de aquella Academia, que también ostenta Ochoa.

DONACIÓN DE UN CORAZÓN ARTIFICIAL PARA EL HOSPITAL DE LA CRUZ ROJA DE BARCELONA

A mediados del mes pasado, un corazón artificial fue entregado al Hospital de la Cruz Roja de Barcelona, en un acto que presidió el director general de Beneficencia y presidente de la Asamblea de la Cruz Roja Española, don Antonio de Oriol y Urquijo, al que asistieron las primeras autoridades provinciales y locales.

Terminado este acto, se procedió a la imposición de condecoraciones a distintas personalidades de la vida barcelonesa, por los servicios prestados a la Cruz Roja, y posteriormente fue inaugurado el curso de auxiliares técnicos sanitarios y damas auxiliares enfermeras voluntarias, con entrega de brazaletes.

EL DOCTOR LABORDÉ, PREMIO NACIONAL DE TEATRO

En el Certamen Nacional convocado por la Sección Femenina en ocasión de celebrar el vigésimo quinto aniversario de su fundación, ha obtenido el Premio Nacional de Teatro el doctor don Agustín Labordé, que ejerce en Granada. La obra premiada se titula «Escaramujillo», y el importe del premio es de 25.000 pesetas. Fue la única obra presentada al Certamen que obtuvo la unanimidad del Jurado en la votación.

ASOCIACIÓN DE MÉDICOS ESCRITORES Y ARTISTAS

Esta Asociación celebró su sesión literaria el 17 de noviembre, en el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos, en la que pronunció una conferencia el doctor don Juan Pablos Abril, sobre el tema «Guadalupe o la Medicina del Imperio».

Hizo su presentación el doctor don Antonio Castillo de Lucas, y le contestó, en nombre de la Sociedad, el doctor don Carlos Blanco Soler.

El acto resultó muy interesante, y el ponente fue obsequiado con una cena en el restaurante Molinero.

NUEVA JUNTA DE LA ASOCIACIÓN DE CARDIOLOGÍA Y ANGIOLOGÍA DE BARCELONA

Después de la renovación reglamentaria de la Junta Directiva de la Asociación de Cardio-Angiología, ha quedado constituída por los doctores A. Rodríguez Arias (presidente de la Asociación), C. Pijoán de Beristain (presidente de la Sección de Cardiología), I. Balaguer Vintró (secretario de la Sección de Cardiología), V. Salleras Llinares (presidente de la Sección de Angiología), J. Palóu Monzó (secretario de la Sección de Angiología) y E. Alcántara López (tesorero de la Asociación).

PROPUESTA HONORÍFICA

El Presidente de la Cruz Roja Española ha manifestado que la referida institución propone la concesión de la Gran Placa de Honor y Mérito al Director General de Sanidad, doctor García Orcoyen, y también para los doctores Luque, Serrada, Vallejo Nájera y García Tornell.

DISTINCIÓN AL DR. MURILLO IGLESIAS

Según aparece en el «B. O. del Estado», le ha sido concedido el ingreso en la Orden Civil de Beneficecia al doctor don Santiago Julián Murillo Iglesias, por distinción en la práctica de la caridad en el ejercicio de la Medicina.

CONSTITUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE HEMATOLOGÍA

En el Colegio de Médicos de Madrid, bajo la presidencia del Director General de Sanidad, doctor García Orcoyen, se constituyó la Asociación Española de Hematología.

Abrió el acto el Presidente de la misma, doctor don Agustín Aznar, quien en breves palabras expuso los fines que venía a cumplir dicha Asociación. Acto seguido, el doctor García Orcoyen saludó a la misma, de la cual dijo que esperaba una eficaz labor científica, declarando en nombre del Ministro de la Gobernación inaugurado el curso académico 1959-1960.

A continuación, el catedrático y académico doctor don Fernando Enríquez de Salamanca pronunció una documentada conferencia sobre el tema «Porfirina y porfirinurias», y posteriormente se celebró un coloquio, presidido por el doctor Botella Llusiá, en torno al tema «Enfermedad hemolítica perinatal». En dicho coloquio intervinieron destacados especialistas, ya pediatras, ginecólogos y hematólogos.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Esta Sociedad celebró la solemne sesión inaugural del curso 1959-1960 el día 9 del corrientes mes, en su domicilio social, Esparteros, 11.

En ella, el secretario general, doctor D. F. Orengo Díaz del Castillo, leyó la memoria-resumen del pasado año.

Después, el académico de número doctor don José María Beca Figuier pronunció el discurso inaugural, sobre el tema «Influencias atómicas sobre menorreas y amenorreas».

EL DR. SOROA, A LA PRESIDENCIA DE LA ACADEMIA DEONTOLÓGICA

En el Colegio Oficial de Médicos de Madrid acaba de tomar posesión de su cargo de Presidente de la Academia de Deontología Médica el doctor Soroa. En tal acto disertó acerca del tema: «Deontología del certificado médico», señalando las tres bases en que debe apoyarse el médico para extenderlo: verdad, discreción y prudencia.

EN MEMORIA DEL DR. TORRES LÓPEZ

Días atrás nos llegó la triste noticia del fallecimiento de este notable médico almeriense, que se llamó don Antonio Torres López.

Hombre bondadoso como pocos, extraordinariamente trabajador y minucioso, dirigió con notable acierto la popular revista médica «Actualidad Médica», de Granada, que fundara hace treinta y cinco años y cuya marcha regular no se paralizó ni durante los días de nuestra guerra, ¡caso único entre las publicaciones españolas!

Se dedicó a la docencia y explicó numerosos cursos en la Facultad granadina, principalmente de Patología Médica. Fue miembro numerario de aquella Real Academia, y desempeñó con acierto y con su peculiar laboriosidad la Secretaría de la misma.

Organizó Asambleas y Jornadas médicas, pues nunca regateó su concurso y su entusiasmo por cuanto fuera de utilidad para sus compañeros, y dejó en el recuerdo y en el corazón de todos la grata estela de una sincera y leal amistad.

Sus familiares, el doctor Juan Antonio García Torres —que le sucede en la difícil tarea de la dirección de la revista, que con tanto mimo cuidó toda su vida— y sus colaboradores y amigos, le han dedicado, como póstumo homenaje, un volumen extraordinario donde se glosan algunas facetas de su vida laboriosa y ejemplar y se aportan datos y trabajos de gran interés.

Nosotros hemos perdido con él un gran amigo, al que será difícil reemplazar y mucho más poder olvidarlo.

Que el Señor le conceda el descanso y la luz eterna.

R. H. L.

BECA «DR. SALVADOR ANDRÉU» (MEDICINA)

El Hospital Municipal de Infecciosos, de Barcelona, abre concurso oposición para la concesión de una beca donada por la importante firma farmacéutica «Doctor Andréu, S. A.», a este Hospital, para completar la formación clínica de postgraduados y estimular los estudios e investigaciones sobre «Patología infecciosa y quimioterapia sulfamídica».

La expresada beca se orientará preferentemente hacia los estudios clínicos que se realizarán en el Servicio Clínico del doctor F. Isamat Vila, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, y bajo la dirección de dicho facultativo.

Su importe es de 12.000 pesetas anuales, debiéndose iniciar los trabajos de investigación clínica inherentes al disfrute de la beca en enero de 1960 y por el término de un año.

Las solicitudes se dirigirán al señor Director del Hospital Municipal de Infecciosos (plaza del doctor Pons y Freixa), acompañadas de los siguientes documentos: expediente académico, méritos científicos y una fotografía tamaño carnet.

El plazo de admisión de instancias expira el día 31 de diciembre, y la fecha de comienzo de los ejercicios se avisará a los solicitantes, por carta certificada, con la debida antelación.

Para informes supletorios, dirigirse al director de la beca, doctor Luis Trías de Bes.

SALUS INFIRMORUM

El día 27 de noviembre comenzó el curso 1959-60 de esta Hermandad, con una conferencia pronunciada por el profesor de la Facultad de Medicina don Luis Olivares.

Con gran elocuencia, versó sobre el tema «Vocación de la enfermera», resaltando la figura de Florencia Nightingale, a quien, por su labor en el frente, con un escogido grupo de enfermeras, en la guerra de Crimea, le fue concedida por el Gobierno inglés la Medalla del Mérito.

La asistencia fue muy numerosa, y el doctor Olivares fue largamente aplaudido al final de su disertación.

DE PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

EVOLUCION DE LA SECCION DEL AUTOMOVIL

Refirámosnos a la marcha de la Sección del Automóvil de nuestra Mutualidad, en los dos pasados años. La aridez de los números es inevitable; son ellos los que mandan y ordenan, de modo imperativo. Constituyen el núcleo preciso. Al lado de su contundencia, no cabe literatura, mas sí tal vez algún pequeño comentario aclaratorio, que permita aumentar el interés de la exposición y sus deducciones.

Comencemos por las cuotas recaudadas, netas de anulaciones y reintegros. En 1957, muy cerca de los trece millones de pesetas; en 1958 se rebasan los veinte millones, con cuartillo. Diferencia en más, siete millones y medio de pesetas. Motivos de tal diferencia, que supera el 60 por ciento: de una parte, el crecido número de nuevas inscripciones, y de otra, el aumento de las cuotas o primas, obligado oficialmente.

Como vehículos inscritos en la Sección, figuraban 5.628, en 1957, y 6.797, en 1958. La diferencia positiva supera los mil vehículos, con exceso sobre el 20 por ciento. En este aumento pudieran tener cierta repercusión los pertenecientes a veterinarios, que comenzaron e inscribirse en esta Sección de la Mutual a finales del primer año, pero cuyo ingreso más destacado corresponde al presente ejercicio, en vista de las ventajas.

Los 5.263 accidentes de 1957 se redujeron a 4.528, con disminución de 735 siniestros y a pesar del mayor número de vehículos inscritos; tal vez motivara en parte la diferencia el posible acicate de las devoluciones de cuotas. Con ello se redujo el índice de accidentes en un 24 por ciento; de la elevada cifra de casi el 97 por ciento en 1957, a la más soportable del 72 por ciento. Pero, en cambio, aumentó el coste medio por accidente de las reparaciones e indemnizaciones: de 1.362 pesetas, en 1957, a 1.939 pesetas en 1958; con 577 pesetas más por cada uno, que supone buen recargo y obedece a alza en el coste de las reparaciones y mayor importancia de los daños causados por los siniestros.

El retorno y devolución total de cuotas a los asociados fue de 4.300.000 pesetas, en 1957, y de 9.500.000 pesetas, en 1958; es decir, que la Mutual hubiera podido continuar percibiendo en 1958 las cuotas del año anterior, sin ningún perjuicio económico para ella, si no hubiesen existido las órdenes imperativas de su aumento.

Los porcentajes de devolución a los asociados variaron por la nueva fórmula adoptada por el Consejo de Administración. En 1957, el retorno fue del 34 por ciento de la cuota, para todos los asociados; y en 1958, el 30 por ciento, a los que declararon accidente, y el 60 por ciento, a los restantes. Si se suman estos porcentajes, la media sería del 35 por ciento, superior a la precedente; pero ésta sólo puede aceptarse con bastantes reparos. A pesar de la devolución, el fondo de reserva ha aumentado en casi 200.000 pesetas, superando el millón. Este fondo se nutre de las pequeñas diferencias en los redondeos, los extornos no aplicados por baja del asociado, que quedan a su disposición para posible aplicación a otro vehículo; los depósitos de garantía no reclamados y algunas otras cortas cantidades. Se puede estimar más bien como fondo de nivelación, para casos precisos, y su existencia permite el máximo retorno.

Dudamos haber dado a la frialdad de los datos —que buscan con ansiedad más de siete mil asociados, sumamente interesados por ellos— la relativa amenidad que los hiciera más tolerables. Pero tal era nuestro fracasado deseo.

Dr. J. LUIS YAGÜE Y ESPINOSA

CURSOS

IX CURSO DE BRONCOLOGÍA Y BRONCOSCOPIA

Del 29 de marzo al 8 de abril de 1960 tendrá lugar, en el Servicio de Broncología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, el IX Curso de Broncología y Broncoscopia, dirigido por el doctor A. Castella Escabrós, con la colaboración extraordinaria de los doctores Max Fourestier, Max Bidermann y A. Blacque Belair, de París, además de otros renombrados broncólogos de Madrid y Barcelona.

El curso constará de lecciones teóricas y prácticas.

Todos los médicos matriculados dispondrán de material suficiente para ejercitarse en la práctica de la broncoscopia.

Durante el curso se proyectarán diversos films de patología bronquial, de cinematografía endoscópica y de broncografía dinámica.

El número de inscripciones será limitado a doce cursillistas.

El programa será dado a conocer próximamente.

Al final del curso se entregará el correspondiente diploma.

Secretario del curso: doctor F. Coll Colomé. Servicio de Broncología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Barcelona.

III CURSO DE EXPLORACIÓN FUNCIONAL PULMONAR

Dentro de la serie de cursos monográficos para postgraduados que anualmente organiza, en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, en Barcelona, el Servicio de Aparato Respiratorio, dirigido por el profesor J. Cornudella, y en su decimoséptima edición, tendrá lugar el III Curso dedicado a la «Exploración de la función pulmonar», a cargo de los doctores Raimundo Cornudella y Secundino Frechilla, adscritos al Departamento de Exploración Funcional del Servicio, y con la colaboración extraordinaria del doctor Guiller-

mo Comba, jefe de la Sección de Fisiopatología del I. N. de Medicina y Seguridad del Trabajo.

El curso, eminentemente práctico, se celebrará del 28 de marzo al 2 de abril de 1960. Siendo limitado el número de alumnos, se aceptarán por riguroso turno de inscripción, cuyo importe será de 1.500 pesetas.

Finalizado el curso, los inscritos podrán seguir un período de especialización en el Servicio. Oportunamente se dará a conocer el programa completo.

Para informes e inscripción, dirigirse al organizador del curso, doctor Raimundo Cornudella, Servicio de Aparato Respiratorio del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, calle de San Antonio María Claret, 167, Barcelona.

CURSO DE INICIACIÓN EN ANESTESIA

Tendrá lugar del 8 de enero al 31 de julio de 1960, en el Servicio de Cirugía de Urgencia y Traumatología del Hospital Provincial de Madrid, bajo la dirección del profesor doctor González Vicén y los anestesiólogos del Servicio.

El curso está dedicado a la preparación teórico-práctica de la anestesia general, exponiéndose temas sobre Fisiopatología General, Farmacología General, Transfusión, Anestesia y Analgesia, siendo la primera fase del que se explicará en el año 1961 sobre técnicas especiales y sus indicaciones en las diferentes especialidades quirúrgicas, desarrollándose sobre el programa correspondiente, que va distribuído en sesenta lecciones.

La duración de la primera etapa de desarrollo será de seis meses, pudiendo los cursillistas seguir practicando en el Servicio hasta la iniciación de la segunda.

El número de plazas es de diez, cubriéndose por riguroso orden de solicitud.

El precio del curso es de 3.000 pesetas, disponiendo los cursillistas del material necesario para sus prácticas. El plazo de solicitudes se cierra el día 25 de diciembre de 1959.

Para informes, correspondencia y datos de ampliación, dirigirse por escrito al doctor don José Antonio Valderrama Carratalá. Calle de Trafalgar, núm. 31. Madrid.

XII CURSO DE TOCOGINECOLOGÍA PARA POSTGRADUADOS

Organizado por el Instituto de Maternología de Barcelona, y a cargo del profesor S. Dexeus Font y colaboradores, se desarrollará este curso, en dicho centro barcelonés, del 15 de enero al 15 de julio de 1960.

La finalidad del mismo es proporcionar a quien desee ejercer la Obstetricia y Ginecología los conocimientos básicos que constituyen la primera etapa de la especialización.

El número de alumnos es limitado a seis., y se admiten inscripciones hasta el 31 de diciembre de 1959.

El precio de la inscripción es de 3.000 pesetas, en concepto de matrícula, y los interesados habrán de presentar instancia solicitándolo a la Junta de Gobierno de la Casa Provincial de Maternidad de Barcelona, haciendo constar los méritos y aptitudes que crea reunir para la obtención de la plaza.

Para inscripciones y demás detalles, dirigirse a las Oficinas de la Casa Provincial de Maternidad (Las Corts de Sarriá, avenida de la Victoria, Barcelona). Para información de carácter médico, dirigirse a la Secretaría de la Dirección Médica.

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA PARA POSTGRADUADOS

Se lleva a cabo este curso, que finalizará en junio de 1961, en el Servicio de Traumatología, Huesos y Articulaciones del Hospital Provincial de Madrid, bajo la dirección del profesor doctor V. Sanchís Olmos.

Las lecciones teóricas corresponden al siguiente programa genérico:

Primer año: «Deformaciones congénitas y estáticas», «Distrofias óseas y articulares», «Tumores», «Infecciones ósteoarticulares», «Tuberculosis», «Fracturas», «Exploración funcional» y «Exploración radiológica».

Segundo año: «Poliomielitis», «Reumatismos», «Patología de las fracturas», «Técnicas operatorias» y «Rehabilitación física».

Los derechos de inscripción del curso (los dos años) ascienden a 4.000 pesetas, admitiéndose un máximo de diez inscripciones.

Al solicitar la inscripción deberán enviar un certificado de estudios universitarios (calificaciones en las asignaturas, premios, etc.). Los alumnos serán elegidos por méritos entre los solicitantes.

Las inscripciones y correspondencia se dirigirán a la señorita María Luisa Varela, Sala 4.ª, Hospital Provincial de Madrid. Los derechos, en la Administración del Hospital Provincial.

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN OFTALMOLOGÍA PARA POSTGRADUADOS

La segunda parte del curso de especialización en Oftalmología (1958-60) tendrá lugar durante el período comprendido entre octubre de 1959 y julio de 1960, ambos inclusive, bajo el patrocinio y dirección del Instituto Barraquer, calle de Laforja, 88, Barcelona (España).

Será dirigido por el profesor doctor Ignacio Barraquer y Barraquer, y serán encargados del curso, el profesor Joaquín Barraquer y los doctores José María Cañadell, Pascual González-Marín, Juan Mestre, Antonio Monso, Alfredo Muiños, Joaquín Rutllán y Enrique Suñé.

Este curso será eminentemente práctico y se atenderá al siguiente programa, susceptible de modificaciones:

Sesiones clínicas: Lunes, miércoles y viernes, a partir de las ocho de la mañana y de las cuatro de la tarde, los alumnos, distribuidos en grupos, tomarán parte activa en las exploraciones funcionales, objetivas, así como en las sesiones de ortóptica y pleóptica.

Sesiones quirúrgicas: Martes, jueves y sábados, a partir de las nueve de la mañana y todos los días a partir de las cuatro de la tarde, los alumnos asistirán a las diversas sesiones y, de un modo progresivo, tomarán parte en las mismas.

Seminario oftalmológico: Tres días a la semana, a las veintidós horas, en el auditorium del Instituto, breve repaso de las materias básicas tratadas el año anterior y exposición de las restantes lecciones del programa. Además, se pronunciarán conferencias con discusión del tema y presentación de casos clínicos.

Cursillos intensivos: Durante el curso, tendrán lugar, como todos los años, cursillos intensivos sobre temas que se anunciarán oportunamente.

Conferencias extraordinarias: Asimismo, tendrán lugar conferencias extraordinarias a cargo de profesores nacionales y extranjeros.

Para conseguir un mejor aprovechamiento por parte de los alumnos, el número de plazas será limitado en cuanto a los alumnos externos se refiere, y, para los becarios internos, las plazas se cubrirán por concurso de méritos entre los solicitantes, apreciados por la junta rectora del Instituto. Los solicitantes deberán poseer el título de licenciado en Medicina y Cirugía, o su equivalente extranjero, dándose preferencia a los que lleven un año de práctica en la especialidad en una clínica o centro de reconocida solvencia científica.

La junta rectora del Instituto Barraquer se reserva el derecho de anular cualquier matrícula durante el curso si el alumno no mostrase interés, aprovechamiento, o su conducta fuera merecedora de censura.

Al final del curso será entregado a cada alumno un diploma de asistencia al mismo.

Para que en el respectivo diploma conste el grado de aprovechamiento de su titular durante el curso, deberá el interesado someterse a un examen ante el tribunal nombrado al efecto.

III CURSILLO TEÓRICO-PRÁCTICO SOBRE PATOLOGÍA OBSTÉTRICA Y SU TOCURGIA

En el Instituto Provincial de Obstetricia y Ginecología de Madrid, desde el día 2 al 16 de enero próximo, se desarrollará un cursillo teórico-práctico a cargo del profesor Arcadio Sánchez López y colaboradores.

El cursillo desarrollará el programa de conferencias, con demostraciones objetivas de la tocurgia indicada. La parte práctica integra el directo contacto de los cursillistas con las consultas, seminarios, guardia obstétrica en paritoro, quirófanos de Ginecología y tocurgia, visitas de salas y dispensarios anexos al servicio.

Queda limitado el número de inscripciones a las treinta primeras que se reciban, reservándose diez para graduados y estudiantes iberoamericanos. La tasa de inscripción es de mil quinientas pesetas, en la que se incluye la recepción de un ejemplar de las obras del profesor Sánchez López, «Fisiología obstétrica» y «Frolapso-cirugía», que sirven para recordar las labores del curso. Un certificado y diploma oficial le será entregado a cada cursillista.

Para informes e inscripciones: Instituto Provincial de Obstetricia y Ginecología, señor interventor (O'Donnell, 48) Madrid. Con la inscripción se debe enviar una foto tamaño carnet, para la confección de una tarjeta que dé acceso a la Institución.

PREMIO NACIONAL DE CIRUGÍA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUJANOS

Se convoca un concurso para optar al «Premio Nacional de Cirugía» al mejor trabajo experimental, de investigación clínica, de técnica operatoria o de una cuestión o problema de índole quirúrgica o materias afines a la Cirugía. El trabajo ha de ser original, inédito y de autor español.

Este premio de estímulo para progreso de las ramas dependientes de las disciplinas quirúrgicas, será otorgado en 1963, con ocasión del Congreso de Cirugía de Barcelona.

El premio consistirá en un diploma que acredite su asignación, que llevará en lugar destacado la leyenda: «Premio Nacional de Cirugía de la Asociación Española de Cirujanos» y el propósito que lo fundamenta.

El premio está dotado con una asignación de veinticinco mil pesetas, que se harán efectivas por cheque que acompañe al diploma.

Cada trabajo constará de cinco ejemplares, que serán entregados en sobre cerrado y con plica, en el domicilio de la Asociación, avenida de José Antonio, 34, Madrid.

El secretario general, Manuel Gómez Durán. V.° B.°, el presidente, Antonio Cortés Lladó.

DISTINCIÓN AL PROFESOR DELLEPIANE

El Presidente de la República italiana, *motu proprio*, ha conferido recientemente la Encomienda al Mérito, de la Orden de la República de Italia, al ilustre profesor *Giuseppe Dellepiane*, Director de la Clínica Obstétrico-Ginecológica de la Universidad de Turín.

TRANSPLANTACIÓN DE UN RIÑÓN

Por primera vez en Francia, y por segunda en el mundo, se ha llevado a cabo, en el Hospital Necker, de París, la transplantación de un riñón entre dos gemelos heterozigóticos. La operación fue realizada el 29 de junio, pero sus ejecutores la han dado a conocer solamente ahora, cuando ya el paciente, después de un largo período de convalecencia, ha recuperado normalmente su actividad.

VIDA MEDICA EXTRANJERA

EL REY GUSTAVO ENTREGA LOS PREMIOS NOBEL

El rey Gustavo de Suecia ha hecho entrega oficial de los Premios Nobel de 1959: el de Literatura, al poeta italiano Salvatore Quasimodo; el de Medicina, a los doctores Severo Ochoa y Arthur Kornberg; el de Química, al checoeslovaco Jaroslav Heyrosvy, el primero de esa nacionalidad que consigue la alta distinción, y el de Física, a los profesores Emilio Segre y Owen Chamberlain.

La familia real sueca, varios anteriores ganadores del Nobel y unos dos mil invitados asistieron a la ceremonia de entrega, que se celebró en la sala de conciertos.

La representación española estuvo integrada por el director general de Sanidad y decano de la Facultad de Medicina de Madrid, doctor García Orcoyen, que la presidió, y los catedráticos de la Universidad madrileña, de Histología, doctor don Fernando de Castro, y de Fisiología, doctor don José María del Corral, sumándose a ellos un selecto grupo de médicos que quisieron así dar mayor realce a la distinción otorgada a un compatriota.

NUEVO PRESIDENTE DE LA ORDEN DE LOS MÉDICOS

En el curso de la reunión últimamente celebrada por el Consejo regional, ha sido designado como presidente de la Orden de los Médicos, de París, el profesor Mouquín.

UN BIÓLOGO INGRESA EN LA ACADEMIA DE FRANCIA

A mediados de noviembre, la Academia de Francia ha escogido para formar parte de sus «inmortales», con una solemne ceremonia, el biólogo Jean Rostand, personalidad destacadísima en el campo de la Biología, por sus trabajos sobre la evolución de la especie.

UN PARQUE PARA CIEGOS, EN VIENA

Se ha inaugurado en Viena, con carácter experimental, el primer parque para los ciegos de Europa central, al cual solamente pueden acudir los inválidos de la vista adultos y niños y a sus acompañantes.

Esta original realización ha sido fruto de un laborioso estudio pedagógico y psicológico que ha durado cinco años, hecho por un grupo de estudiosos con el cual han colaborado algunos ciegos, aportando la contribución de sus experiencias personales.

En este parque, que se extiende sobre una superficie de seis mil metros cuadrados, todo ha sido estudiado en forma que los privados de la vista puedan gozar de las bellezas de la Naturaleza.

NUEVO PRESIDENTE DE LA «WORLD MEDICAL ASSOCIATION»

El nuevo Presidente electo de la Asociación Médica Mundial es *Renaud Lemieux*, nacido en la provincia de Quebec (Canadá). Recibió su educación en el Seminario de Quebec, y su educación médica, en la Universidad Laval.

Es profesor de Medicina y director de la Facultad de Medicina en la Universidad Laval; miembro del Senado de la misma Universidad; miembro del Consejo de las Fuerzas Armadas canadienses, y médico director del Hospital Saint Sacrament.

Se ha dedicado al campo de la Medicina interna, y además de los cargos anteriores, es consultor del Ste-Foy Hospital para Veteranos.

Sirvió en el Cuerpo Médico del Ejército Real Canadiense, de 1940 a 1944. Es ex presidente de la Asociación Médica Canadiense y de su rama en Quebec; miembro de varias otras asociaciones médicas, además de la canadiense.

Sus publicaciones en el campo de la Medicina interna son numerosas.

DOCE PRINCIPIOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y CUIDADO MÉDICO

Damos a continuación los principios adoptados por la Segunda Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (Ginebra, Suiza, 1948), reafirmados por la Cuarta Asamblea General, en 1950; la Sexta Asamblea General, en 1952, y la Novena Asamblea General, en 1955. Siempre que se provee asistencia médica como parte de la seguridad social, sus previsiones deben ser gobernadas por los siguientes principios:

1.º Libertad de elección del médico por el paciente; libertad del médico para elegir sus pacientes, excepto en casos de urgencia o humanitarismo.

2.º Ninguna intervención de terceros en las relaciones entre médico y paciente.

3.º Cuando el servicio haya de someterse a control, este control deberá ser ejercido por médicos.

4.º Libertad de elección del hospital por el paciente.

5.º Libertad del médico para elegir su especialidad y lugar donde ejercer.

6.º Ninguna restricción en la medicación o en el tratamiento médico, excepto en caso de abuso.

7.º Representación adecuada de la profesión médica en todos los departamentos oficiales relacionados con el cuidado médico.

8.º No redunda en interés del público que los médicos sean servidores asalariados («full-time») del Gobierno o de departamentos de seguridad social.

9.º La remuneración de los servicios médicos no debe depender directamente del estado financiero de la Organización aseguradora.

10. Cualquier plan de seguridad social o de seguro debe estar abierto a todo médico, sin que ninguno pueda ser obligado a participar en el mismo si no lo desea.

11. Los planes de seguro de enfermedad obligatorio deben cubrir tan sólo a aquellas personas que no puedan conseguir por medios propios los cuidados médicos necesarios.

12. No debe existir explotación del médico, de sus servicios o del público por ninguna persona u organización.